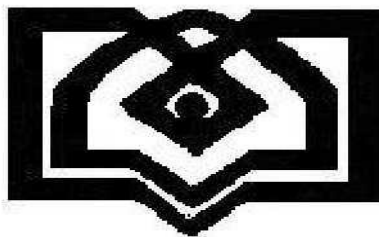


وخطای که

در این نزدیکی است...



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکترای عمومی پزشکی

عنوان:

بررسی فراوانی اقدام به خودکشی و عوامل موثر بر آن در استان قزوین

استاد راهنما:

دکتر امیرپاکپورحاجی آقا

اساتید مشاور:

آقای مهران علیجanzاده

نگارش:

محمدحسین یعقوبی دوست

شماره ثبت:

مهر ۱۳۸۸ - شهریور ۱۳۹۶

باسپاس بی کران ...

از حمایت های بی وقفه و زحمات بی دریغ

سرکار خانم و کتر لیلو نوروزی؛ خواهر بزرگتر

، یار و همسنگر همیشگی و مطمئنترین تکیه گاه برای

من؛ بی شک بدون مساعدت های فراوان و

بی منت ایشان ادامه تحصیل این حقیر میسر

نبود.

باسپاس بی کران ...

از حمایت های بی وقفه و راهنمایی های بی نظیر

سرکار خانم دکتر سولماز چمن آرا؛ خواهر بزرگتر،

تکیه گاهی امن برای من، بهترین همکار دوران

تحصیلی و مایه سربلندی ام.

باسپاس فراوان ...

از آموزگاران نورچشم و اساتید و لسوزی که بی هیچ

منت و چشم پوشی به منزل را هنما چون مشعلی

درخشان فرق راه را از بی راهه به ما نشان

دادند؛ وجود سراسر پاکتان را می ستایم و بردستان

پر مهرتان بوسه عشق می زخم.

و با سپاس فراوان از زحمات بی دریغ سروران
گرامی: جناب آقای مهندس طایفه، جناب
آقای مهندس حبیبی و جناب آقای مهندس
امینی؛ کارکنان معاونت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی به جهت همکاری های فراوان
و راهنمایی های بی نظیری که باعث پیشرفت
هرچه سریعتر این مطالعه شدند.

فهرست مطالب

فصل اول.....	۱
۱-۱ تعریف خودکشی.....	۲
۱-۱-۱ واژه شناسی.....	۲
۱-۱-۲ تعریف خودکشی از نگاه سازمان جهانی بهداشت.....	۲
۱-۱-۳ سایر تعاریف مرتبط با خودکشی.....	۳
۲-۱ اپیدمیولوژی خودکشی.....	۴
۱-۲-۱ فراوانی خودکشی در دنیا.....	۴
۲-۲-۱ فراوانی خودکشی در ایران.....	۵
۳-۱ نکات کلیدی راجع به خودکشی در جهان.....	۷
۴-۱ عوامل خطر جهت اقدام به خودکشی.....	۸
۵-۱ عوامل محافظتی برای خودکشی.....	۹
۱-۵-۱ فاکتورهای محافظتی مربوط به فرد.....	۹
۲-۵-۱ فاکتورهای محافظتی مربوط به عوامل اجتماعی - روانی.....	۱۰
۳-۵-۱ دلایلی برای زندگی.....	۱۰
۶-۱ طبقه بندی علل خودکشی.....	۱۱
۱-۶-۱ علل آسیب شناختی.....	۱۱

فهرست مطالب

۱-۶-۲	علل اقتصادی.....	۱۱
۱-۶-۳	علل عاطفی.....	۱۱
۱-۷-۷	ابعاد روان بیماری شناختی رابطه بیماری های مزمن با افکار خودکشی.....	۱۳
۱-۷-۱	سرطان.....	۱۳
۱-۷-۲	درد مزمن.....	۱۴
۱-۸	اختلالات روانپزشکی و افکار خودکشی گرا.....	۱۵
۱-۹	شیوه های خودکشی.....	۱۹
۱-۹-۱	شیوه های رنج آور.....	۲۰
۱-۹-۲	شیوه های خفه کننده.....	۲۰
۱-۹-۳	شیوه های مسموم کننده.....	۲۱
۱-۹-۴	برخی شیوه های مشکوک که به تشخیص پزشکی قانونی بستگی دارد.....	۲۱
۱-۱۰	حقایق راجب خودکشی.....	۲۱
۱-۱۱	مهم ترین علل خودکشی.....	۲۲
۱-۱۲	تغییرپذیری افکار خودکشی.....	۲۲
۱-۱۳	رویکردهای روانشناختی و جامعه شناختی از منظر مختلف به تبیین پدیده خودکشی.....	۲۳
۱-۱۴	اهمیت پژوهش.....	۲۵

فهرست مطالب

۱۵-۱ اهداف وفرضیات.....	۲۶
۱-۱۵-۱ هدف اصلی.....	۲۶
۲-۱۵-۱ اهداف فرعی.....	۲۶
۳-۱۵-۱ هدف کاربردی.....	۲۷
۴-۱۵-۱ فرضیه ها یا سوال های پژوهش.....	۲۷
فصل دوم.....	۲۹
۱-۲ مروری بر مطالعات.....	۳۰
۱-۱-۲ مروری بر متون خارجی.....	۳۰
۲-۱-۲ مروری بر متون داخلی.....	۳۸
فصل سوم.....	۴۴
۱-۳ اطلاعات مربوط به روش کار.....	۴۵
۱-۱-۳ جامعه مورد مطالعه.....	۴۵
۲-۱-۳ نوع مطالعه.....	۴۵
۳-۱-۳ روش اجرا.....	۴۵
۲-۳ تجزیه و تحلیل آماری داده ها.....	۴۷
۳-۳ محدودیت های اجرایی طرح.....	۴۷
۴-۳ ملاحظات اخلاقی.....	۴۸

فهرست مطالب

فصل چهارم.....	۵۱
۱-۴ مقدمه.....	۵۲
فصل پنجم.....	۱۳۸
۱-۵ بحث.....	۱۳۹
۲-۵ نتیجه گیری.....	۱۵۷
۳-۵ پیشنهادات.....	۱۵۷
ضمیمه.....	۱۵۸
چکیده انگلیسی.....	۱۵۹
مراجع.....	۱۶۱

فهرست جداول

جدول ۱-۱	باورهای غلط و واقعیت درباره خودکشی.....	۲۰
جدول ۱-۳	جدول متغیرها.....	۴۹
جدول ۱-۴	فراوانی خودکشی در فاصله سالهای ۹۵-۹۲.....	۵۳
جدول ۲-۴	فراوانی خودکشی در فصل های بهار تا زمستان.....	۵۵
جدول ۳-۴	مورتالیته و سورویوال اقدام کنندگان به خودکشی باتوجه به فصل.....	۵۸
جدول ۴-۴	نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و فصول سال.....	۶۰
جدول ۵-۴	فراوانی خودکشی در ماه های فروردین تا اسفند.....	۶۱
جدول ۶-۴	فراوانی خودکشی بر حسب سن.....	۶۴
جدول ۷-۴	فراوانی خودکشی در جنسیت ها.....	۶۸
جدول ۸-۴	فراوانی مورتالیته و سورویوال اقدام کنندگان به خودکشی باتوجه به جنس.....	۷۰
جدول ۹-۴	نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و جنسیت.....	۷۲
جدول ۱۰-۴	فراوانی خودکشی در شغل ها.....	۷۴
جدول ۱۱-۴	فراوانی مورتالیته و سورویوال اقدام کنندگان به خودکشی باتوجه به شغل.....	۷۷
جدول ۱۱-۴	نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و شغل افراد.....	۸۲
جدول ۱۲-۴	فراوانی خودکشی و وضعیت تاهل.....	۸۳

فهرست جداول

جدول ۴-۱۳ فراوانی مورتالیته و سوریوال اقدام کنندگان به خودکشی باتوجه به وضعیت تاهل.....	۸۶
جدول ۴-۱۴ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و وضعیت تاهل.....	۸۹
جدول ۴-۱۵ فراوانی خودکشی و تحصیلات.....	۹۰
جدول ۴-۱۶ فراوانی مورتالیته و سوریوال اقدام کنندگان به خودکشی با توجه به سطح تحصیلات.....	۹۳
جدول ۴-۱۷ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و تحصیلات.....	۹۶
جدول ۴-۱۸ فراوانی خودکشی و محل سکونت.....	۹۷
جدول ۴-۱۹ فراوانی مورتالیته و سوریوال اقدام کنندگان به خودکشی باتوجه به محل سکونت.....	۹۸
جدول ۴-۲۰ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و وضعیت سکونت.....	۱۰۰
جدول ۴-۲۱ فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری روانپزشکی.....	۱۰۱
جدول ۴-۲۲ فراوانی نوع بیماری روانپزشکی.....	۱۰۳
جدول ۴-۲۳ فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری پزشکی.....	۱۰۶
جدول ۴-۲۴ فراوانی نوع بیماری پزشکی.....	۱۰۸
جدول ۴-۲۵ فراوانی سابقه قبلی خودکشی اقدام کنندگان به خودکشی.....	۱۱۱
جدول ۴-۲۶ فراوانی مراتب اقدام به خودکشی.....	۱۱۳

فهرست جداول

- جدول ۴-۲۷ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و وجود بیماری پزشکی، روانپزشکی و مراتب تلاش برای خودکشی.....۱۱۵
- جدول ۴-۲۸ سابقه فامیلیال خودکشی.....۱۱۶
- جدول ۴-۲۹ فراوانی انواع روشهای خودکشی.....۱۱۸
- جدول ۴-۳۰ فراوانی مورتالیتته و سوروיוال اقدام کنندگان به خودکشی باتوجه به روش خودکشی.....۱۲۳
- جدول ۴-۳۱ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و روشهای مورد استفاده جهت خودکشی.....۱۲۷
- جدول ۴-۳۲ فراوانی داروهای مورد استفاده جهت خودکشی.....۱۲۹
- جدول ۴-۳۳ فراوانی موارد خودکشی غیر دارویی.....۱۳۲
- جدول ۴-۳۴ نتیجه اقدام به خودکشی.....۱۳۵

فهرست نمودارها

- نمودار دایره ای ۴-۱ درصد فراوانی خودکشی با توجه به سال.....۵۴
- نمودار دایره ای ۴-۲ درصد فراوانی خودکشی بر حسب فصل.....۵۶
- نمودار دایره ای ۴-۳ درصد فراوانی خودکشی بر حسب ماه های سال.....۶۳
- نمودار دایره ای ۴-۴ درصد فراوانی خودکشی بر حسب جنس.....۶۸
- نمودار دایره ای ۴-۵ درصد فراوانی خودکشی بر حسب شغل.....۷۵
- نمودار دایره ای ۴-۶ درصد فراوانی خودکشی بر حسب وضعیت تاهل.....۸۴
- نمودار دایره ای ۴-۷ درصد فراوانی خودکشی بر حسب میزان تحصیلات.....۹۱
- نمودار دایره ای ۴-۸ درصد فراوانی خودکشی بر حسب محل سکونت.....۹۷
- نمودار دایره ای ۴-۹ درصد فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری روانپزشکی.....۱۰۲
- نمودار دایره ای ۴-۱۰ درصد فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری پزشکی.....۱۰۷
- نمودار دایره ای ۴-۱۱ درصد فراوانی سابقه خودکشی.....۱۱۲
- نمودار دایره ای ۴-۱۲ درصد فراوانی سابقه فامیلیال خودکشی.....۱۱۷
- نمودار دایره ای ۴-۱۳ درصد فراوانی روشهای خودکشی.....۱۲۰
- نمودار دایره ای ۴-۱۴ درصد فراوانی موارد خودکشی غیر دارویی.....۱۳۴
- نمودار دایره ای ۴-۱۵ درصد فراوانی نتیجه اقدام به خودکشی.....۱۳۷
- نمودار میله ای ۴-۱ درصد فراوانی خودکشی با توجه به سال.....۵۴

فهرست نمودارها

- نمودار میله ای ۲-۴ فراوانی خودکشی بر حسب فصل.....۵۶
- نمودار میله ای ۳-۴ مورتالیته و سوریوال اقدام کنندگان به خودکشی باتوجه به فصل.....۵۹
- نمودار میله ای ۴-۴ فراوانی خودکشی بر حسب ماه های سال.....۶۲
- نمودار میله ای ۵-۴ فراوانی خودکشی و مرگ ناشی از آن با توجه به جنسیت.....۷۱
- نمودار میله ای ۶-۴ فراوانی خودکشی بر حسب شغل.....۷۵
- نمودار میله ای ۷-۴ فراوانی میزان اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن با توجه به شغل..... ۸۱
- نمودار میله ای ۸-۴ فراوانی خودکشی بر حسب وضعیت تاهل.....۸۴
- نمودار میله ای ۹-۴ فراوانی مورتالیته و سوریوال اقدام کنندگان به خودکشی باتوجه به وضعیت تاهل.....۸۸
- نمودار میله ای ۱۰-۴ فراوانی خودکشی بر حسب میزان تحصیلات.....۹۱
- نمودار میله ای ۱۱-۴ فراوانی مورتالیته و سوریوال اقدام کنندگان به خودکشی باتوجه به وضعیت تاهل.....۹۵
- نمودار میله ای ۱۲-۴ فراوانی مورتالیته و سوریوال اقدام کنندگان به خودکشی باتوجه به وضعیت سکونت.....۹۹
- نمودار میله ای ۱۳-۴ فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری روانپزشکی.....۱۰۲
- نمودار میله ای ۱۴-۴ فراوانی نوع بیماری روانپزشکی.....۱۰۵
- نمودار میله ای ۱۵-۴ فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری پزشکی.....۱۰۷

فهرست نمودارها

- نمودار میله ای ۴-۱۶ فراوانی نوع بیماری پزشکی.....۱۱۰
- نمودار میله ای ۴-۱۷ فراوانی سابقه خودکشی.....۱۱۲
- نمودار میله ای ۴-۱۸ فراوانی مراتب اقدام به خودکشی.....۱۱۴
- نمودار میله ای ۴-۱۹ فراوانی سابقه فامیلیال خودکشی.....۱۱۷
- نمودار میله ای ۴-۲۰ فراوانی روشهای خودکشی.....۱۱۹
- نمودار میله ای ۴-۲۱ فراوانی انواع روشهای اقدام به خودکشی.....۱۲۶
- نمودار میله ای ۴-۲۲ فراوانی موارد خود کشی غیر دارویی.....۱۳۴
- نمودار میله ای ۴-۲۳ فراوانی نتیجه اقدام به خودکشی.....۱۳۷

ABBREVIATION LIST

ABBREVIATION

MAENING

CHF	Congestive Heart Failure
ESRD	End Stage Renal Disease
HIV.....	Human Immunodeficiency Virus
WHO	World Health Organization
IASP	International Association of Suicide Prevention
BSS	Beck Suicide Scale
SPS	Suicide Probability Scale
ICU	Intensive Care Unit
SPSS.....	Statistical Package For Social Sciences
PHC	Primary Health Care

چکیده:

مقدمه: بر اساس تخمین های سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۰ میلادی، تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر بر اثر خودکشی خواهند مرد و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی خواهند کرد. نکته فوق به این معنی است که در سال ۲۰۲۰ میلادی به طور متوسط یک مورد مرگ ناشی از خودکشی در هر بیست ثانیه و یک مورد اقدام به خودکشی در فاصله هر یک تا دو ثانیه اتفاق می افتد و این به معنی گذارش سالانه یک میلیون خودکشی موفق در سراسر دنیا می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی اقدام به خودکشی و عوامل موثر بر آن در استان قزوین طراحی شده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی و تحلیلی پرونده افرادی که در فاصله سالهای ۹۵-۹۲ و در استان قزوین اقدام به خودکشی کرده بودند مورد بررسی قرار گرفت. ابزار مورد استفاده جهت مطالعه چک لیست استاندارد بود که شامل ۱۴ سوال بود و روایی آن ثابت شده است. آنالیز داده ها با استفاده از آزمون کای اسکور و رگرسیون خطی در سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۵ بررسی شد.

یافته ها: از مجموع ۴۴۵۶ پرونده فرد اقدام کننده به خودکشی اطلاعات مربوط به ۶۷/۱٪ زن اقدام کننده به خودکشی (۲۹۸۸ مورد) و ۳۳/۹٪ مرد اقدام کننده به خودکشی (۱۴۵۲ مورد) با میانگین سنی $26/44 \pm 9/77$ (محدوده سنی ۸-۹۰ سال) و انحراف معیار ۹/۷۷۵ وارد این مطالعه شد. همچنین اطلاعات مربوط به پرسشنامه ۱۶ فرد اقدام کننده به خودکشی به دلیل ناقصی اطلاعات به عنوان داده های از دست رفته در نظر گرفته شد. در این مطالعه مشخص شد سن، جنس، شغل، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، محل سکونت و فصل سال فاکتورهایی هستند که بر خودکشی تاثیر گذار هستند. از طرفی به عدم ارتباط میان خودکشی و وجود بیماری پزشکی و یا روانپزشکی، سابقه خودکشی قبلی و مراتب تلاش برای خودکشی اشاره شد.

نتیجه گیری:

بیشترین درصد اقدام به خودکشی مربوط به زنان خانه دار، متأهل با تحصیلات متوسطه و ساکن شهر بود. بیشترین روش اقدام به خودکشی قرص خوراکی و بالاترین مراجعه مربوط به فصل تابستان و ماه شهریور بود. همچنین مشخص شد وجود بیماری های پزشکی و روانپزشکی و مراتب قبلی تلاش برای خودکشی ارتباطی با اقدام به خودکشی ندارد.

کلمات کلیدی: خودکشی، عوامل موثر، استان قزوین.

فصل اول

مقدمه

۱-۱ تعریف خودکشی

۱-۱-۱ واژه شناسی

در زبان انگلیسی، برای نخستین بار در سال ۱۶۴۲ میلادی، واژه خودکشی بر پایه کلمات لاتین SUI و CADER به ترتیب به معنای خود و کشتن ابداع گردید [۱]. همچنین واژه Suicide به معنای خودکشی برای نخستین بار در سال ۱۷۳۷ توسط Defonten کشیش فرانسوی به کاربرده شد. این اصلاح ۲۵ سال بعد یعنی در سال ۱۷۶۲ توسط آکادمی علوم فرانسه پذیرفته شد و جز لغات فرهنگستان آن کشور شد. واژه Suicide مرکب از دو لغت لاتین Sui به معنای خود و cide به معنای کشتن است [۲].

۱-۱-۲ تعریف خودکشی از نگاه سازمان جهانی بهداشت

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت اقدام به خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص عمدی و بدون مداخله دیگران رفتاری غیر عادی مثل خود آسیب زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام می دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود است. بر اساس گزارش همین سازمان، خودکشی سیزدهمین علت مرگ و میر در جهان و سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵-۳۴ سال است [۳].

طبق تعریفی دیگر خودکشی آن دسته از مرگهایی است که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر اثر اقداماتی که فرد انجام داده رخ می دهد در حالی که به نتیجه آن که مرگ است آگاه می باشد [۴]. همچنین خودکشی را می توان به عنوان اقدامی آگاهانه در خودآزاری تعریف نمود که به مرگ

منتهی می گردد. اقدام به خودکشی نیز اصطلاحی است برای اشاره به تمامی اقدامات غیرکشنده که در آنها شخص ماهرانه به خود آسیب می رساند یا دارویی را بیش از اندازه می خورد، تفاوت آن با خودکشی در آن است که در اقدام به خودکشی فرد خواهان مرگ نبوده بلکه به این وسیله می خواهد احساسات خود را بیان داشته و رفتار دیگران را نسبت به خود تغییر دهد[۶].

۱-۳ سایر تعاریف مرتبط با خودکشی

✓ **اقدام به خودکشی:** عملی که توسط خود فرد به قصد کشتن خود انجام شده است. این

عمل می تواند منجر به آسیب غیر کشنده شده باشد یا آسیبی در پی نداشته باشد.

✓ **فرا خودکشی:** رفتاری که بالقوه آسیب رسان بوده ولی فرد قصد کشتن خود را نداشته و

هدف دیگری را دنبال می کرده است. این رفتار می تواند منجر به آسیب و حتی مرگ بشود یا نشود.

✓ **تهدید به خودکشی:** هر رفتار کلامی یا غیر کلامی که فریاد می زند فرد قصد صدمه

زدن به خود را داشته و ممکن است یک اقدام به خودکشی یا سایر رفتارهای مربوط به آن در آینده نزدیک اتفاق افتد.

✓ **افکار خودکشی:** اشتغال ذهنی با خودکشی.

✓ **خود زنی یا رفتارهای صدمه به خود:** همه رفتارهای صدمه زدن عمدی به بدن بدون

قصد کشتن خود، مثل بریدن رگ خویش[۶].

۱-۲ اپیدمیولوژی خودکشی

بر اساس تخمین های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ میلادی نزدیک به هشتصد و پنجاه هزار مرگ ناشی از خودکشی در جهان وجود داشته و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی کرده اند [۳]. این در حالی است که تخمین زده شده در سال ۲۰۲۰ میلادی، تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر بر اثر خودکشی خواهند مرد و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی خواهند کرد [۳]. نکته فوق به این معنی است که در سال ۲۰۲۰ میلادی به طور متوسط یک مورد مرگ ناشی از خودکشی در هر بیست ثانیه و یک مورد اقدام به خودکشی در فاصله هر یک تا دو ثانیه اتفاق می افتد [۴].

۱-۲-۱ فراوانی خودکشی در دنیا

فراوانی خودکشی بسته به وضعیت جغرافیایی در کشورها و مناطق مختلف متفاوت می باشد؛ بطوریکه کشورهای اسکندیناوی، آلمان، اروپای شرقی، استرالیا و ژاپن (موسوم به کمربند خودکشی) با ۲۵ در صد هزار نفر در سال بیشترین و کشورهای اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هلند و مصر با ۱۰ در صد هزار نفر در سال رتبه های پایین ترین آمار خودکشی را به خود اختصاص داده اند [۵]. پژوهش ها نشان داده است که اقدام به خودکشی طی ۵۰ سال گذشته به میزان ۶۰-۵۰ درصد افزایش داشته است که بیشترین آمار در مورد اقدام به خودکشی به کشورهای ژاپن، آمریکا و شرق اروپا تعلق دارد [۵]. در ایالات متحده آمریکا خودکشی هشتمین علت مرگ و میر و سومین علت مرگ در فاصله سنی ۱۴-۲۵ سال می باشد [۷]. خودکشی در اغلب کشورهای مسلمان پایین می

باشد برای مثال در کویت میزان خودکشی نزدیک به ۱/ در صدهزار نفر و در ترکیه و پاکستان نیز کمتر از ۵ در یک صدهزار نفر جمعیت گزارش شده است [۵ و ۹].

میزان خودکشی از ۶/۵ مورد به ازای صدهزار نفر در کشورهای آمریکای لاتین تا ۳۰ مورد به ازای صدهزار نفر در کشورهای فنلاند، لیتوانی، نیوزیلند، روسیه و اسلونی گزارش شده است. این در حالی است که در کشورهای اسلامی از قبیل بحرین، پاکستان و ترکیه میزان خودکشی کمتر از ۶/۵ مورد به ازای صدهزار نفر می باشد که یکی از دلایل این میزان پایین می تواند انگ و استیگمای خودکشی در جوامع اسلامی باشد [۱۰ و ۱۱].

حدود ۶۰ درصد از موارد خودکشی در کشورهای آسیایی به خصوص در چین و هند گزارش شده است که افزایش آن بیشتر از دیگر کشورها است [۱۲]. مطالعات همچنین نشان داده اند خودکشی و اقدام به آن در اکثر کشورهای پیشرفته از جمله انگلیس و استرالیا روند رو به کاهشی داشته است [۱۳ و ۱۴].

۱-۲-۲ فراوانی خودکشی در ایران

آمار خودکشی در ایران هر چند در مقایسه با کشورهای دیگر پایین تر است اما بررسی انجام گرفته در سال های ۶۵-۷۶ نشان می دهد که میزان اقدام به خودکشی حدود ۶ برابر افزایش داشته است. این میزان بدون در نظر گرفتن میزان رشد جمعیت طی این سال های اخیر می باشد. طبق آمارهای منتشر شده تعداد تقریبی افرادی که در ایران خودکشی می کنند سالانه حدود ۵۰۰۰ نفر می باشد، علاوه بر آن تعدادی از افراد در مناطق مختلف کشور خودکشی می کنند ولی در آمار کلی

سالانه جای ندارند. از آنجا که هر فردی که خودکشی می‌کند عضوی از یک خانوار ایرانی ۶ نفره باشد حداقل ۳۰۰۰۰ نفر از مردم کشور ما به نوعی با مشکل خودکشی و پیامدهای روانی و اجتماعی آن درگیرند. پیشگیری از خودکشی همیشه به عنوان یک مشکل بهداشتی مطرح بوده و همواره مورد توجه معاونت سلامت وزارت بهداشت بوده است. به طوریکه در حال حاضر طرح‌هایی تحت عنوان "پیشگیری از خودکشی با درمان افسردگی" و "تدوین برنامه پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در PHC" در دست انجام بوده با این هدف که بتوان با برنامه ریزی کشوری در کاهش پیشگیری از خودکشی راهکارهای لازم را ارایه نمود. براساس آمارهای منتشر شده، میزان خودکشی از ۱/۳ درصد در یک صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۶۳ به ۶/۴ درصد در یک صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۸۴ رسیده است. خودکشی در مردان ۷/۶ درصد هزار نفر نهمین علت مرگ و میر و در زنان ۱/۵ در صد هزار نفر دهمین علت مرگ و میر می باشد [۸].

میزان خودکشی در ایران، بسیار کمتر از کشورهای صنعتی غرب می باشد، اما با این حال در طی دو دهه اخیر افزایش نشان داده است [۱۵]. طبق آمار معاونت اجتماعی وزارت کشور در سال ۱۳۸۰ از هر صد هزار نفر ۳۶/۶ نفر اقدام خودکشی کرده اند که این رقم در سال ۱۳۷۹ معادل ۳۰/۵ در هر صد هزار نفر بوده است که این نشانگر افزایش آمار خودکشی در کشور می باشد. همچنین با استناد به آمار سال ۱۳۸۲ وزارت بهداشت و درمان، میزان اقدام به خودکشی در کشور روزانه حداقل ۱۱ نفر با میانگین سنی ۲۹ سال بوده است. در مطالعات ملی ایران میزان خودکشی ۶ تا ۸ در صد هزار نفر برآورد شده است [۱۶].

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۳ میزان خودکشی در کشور ایران ۹/۴ به ازای صدهزار نفر جمعیت بوده است [۱۷]. آمارهای کشوری میزان متفاوت آن را در استان های مختلف نشان می دهند، به نحوی که استان همدان با ۱۳/۵ مورد، استان لرستان با ۱۱/۴ مورد و استان ایلام با ۱۱/۳ مورد به ازای صد هزار مرد بالاترین نرخ خودکشی در مردان و ایلام با ۱۵/۵ مورد و لرستان با ۱۱/۷ مورد به ازای صد هزار زن بالاترین نرخ خودکشی در زنان را داشته اند [۱۸].

۱-۳ نکات کلیدی راجع به خودکشی در جهان

- ✓ سالانه یک میلیون خودکشی موفق در سراسر دنیا اتفاق می افتد.
- ✓ خودکشی جزء ۳ علت اصلی مرگ افراد ۱۵-۳۵ سال است.
- ✓ هر خودکشی حداقل برای ۶ نفر دیگر تأثیر بدی دارد.
- ✓ تأثیرات روانشناختی، اجتماعی، اقتصادی خودکشی بر خانواده و جامعه غیرقابل اندازه گیری است [۱۹ و ۲۰].
- ✓ هر ۴۰ ثانیه یک نفر در سراسر دنیا جان خود را در اثر خودکشی از دست می دهد.
- ✓ هر ۳ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می کند [۲۱ و ۲۲].

۴-۱ عوامل خطر جهت اقدام به خودکشی

بررسی متغیرهای جمعیتی و اجتماعی نشان داده است سن بالای ۴۵ سال، جنس مذکر، بیکاری، اختلالات روانی و جسمی مزمن وضعیت تاهل (مجرد، طلاق گرفته یا بیوه بودن) به عنوان عوامل خطر جهت اقدام به خودکشی مطرح هستند [۲۳].

از دیگر فاکتورهای موثر بر خودکشی یا اقدام به خودکشی می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- ✓ تحصیلات (عمدتاً در افرادی که تحصیلات ابتدایی دارند و نه بی سواد)،
- ✓ سابقه خودکشی قبلی،
- ✓ سن (عمدتاً در فاصله سنی ۲۹-۲۰)،
- ✓ بیماریهای جسمی مزمن (به خصوص کانسر، CHF، ESRD) [۲۴]،
- ✓ نژاد،
- ✓ شرایط اقلیمی،
- ✓ محیط زندگی (شهر یا روستا) [۲۵]،
- ✓ جنس مونث،
- ✓ وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین،
- ✓ فقدان حمایت اجتماعی [۲۶-۲۸]،
- ✓ مشکلات خانوادگی،
- ✓ مشکلات زناشویی،

✓ شکست تحصیلی،

✓ الکلیسم و اعتیاد،

✓ رفتارهای پرخطرانه در خانه یا محیط اجتماعی،

✓ مشکلات اقتصادی [۲۹].

۱-۵ عوامل محافظتی برای خودکشی

امروزه به نقش عوامل محافظتی در پیشگیری از خودکشی توجه زیادی می شود تا بتوان به کمک آنها خودکشی و یا اقدام به آن را به حداقل رساند. برخی از این عوامل به قرار زیر است:

۱-۵-۱ فاکتورهای محافظتی مربوط به فرد:

✓ مهارت‌های حل مساله (در کسانی که اقدام به خودکشی کرده اند)،

✓ کنترل بر رفتار احساسات و افکار،

✓ امیدواری،

✓ ورزش کردن،

✓ حس توان مندی،

✓ مهارت های بین فردی موثر،

✓ مهارت مقابله سالم و موثر با مشکلات زندگی،

✓ خوش بینی به آینده،

✓ وجود حس هدف مندی،

✓ وجود وابستگی های مذهبی.

۱-۵-۲ فاکتورهای محافظتی مربوط به عوامل اجتماعی-روانی:

✓ حمایت خانواده ومدرسه برای نوجوانان،

✓ ارتباطات مناسب خانوادگی،

✓ وجود شبکه حمایت اجتماعی قوی(دوستان ، همکاران و...)،

✓ مشارکت در اجتماع،

✓ زندگی اجتماعی رضایت بخش،

✓ محیط کاری حمایتی و رضایت بخش،

✓ دسترسی به خدمات بهداشت روان.

۱-۵-۳ دلایلی برای زندگی:

✓ درمان طبی،

✓ روابط فردی،

✓ داشتن فرزند،

✓ معنویت،

✓ کسب موفقیت های فردی.

همچنین تحقیقات نشان می دهد ازدواج کردن در زنان به اندازه مردان یک فاکتور محافظتی محسوب نمی شود و برای آن دسته از زنانی که مورد سو استفاده جنسی واقع شده اند فاکتور

محافظتی نیست. افکار معنوی و مذهبی نیز برای آن دسته از افرادی که مورد سو استفاده جنسی واقع می شوند و همچنین زنان همجنس گرا و افراد HIV مثبت فاکتور محافظتی محسوب نمی شود [۳۰].

۱-۶ طبقه بندی علل خودکشی

خودکشی به عنوان یک رفتار، مرگی است که به دست خود شخص انجام می گیرد و به گفته Shnidman خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که می توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مساله تعیین شده، این عمل را بهترین راه حل تصور می داند. بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا خودکشی تلاشی آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد بروز نماید. علل خودکشی براساس تحقیقات صورت گرفته در زمینه علل خودکشی طبقه بندی گوناگونی دارد:

۱-۶-۱ علل آسیب شناختی: که شامل بیماری های جسمی و بیماری های روانی همچون افسردگی است.

۱-۶-۲ علل اقتصادی: که شامل بیکاری، مشکلات اقتصادی، ورشکستگی و از دست دادن پایگاه های اجتماعی است.

۱-۶-۳ علل عاطفی: که شامل شکست های تحصیلی، شکست در عشق، از دست رفتن شخص مورد علاقه، مرگ یا بیماری خطرناک یکی از نزدیکان و درگیری خانوادگی است [۳۱-۳۴].

پیشرفت پژوهشی و آرایه خدمات بهداشتی و پزشکی در سطح وسیع در حال حاضر باعث کاهش مرگ و میر و امید به زندگی در کشورهای پیشرفته شده است. امروزه طول عمر ما زیاد شده است اما این مساله ضرورتاً به این معنی نیست که احتمالاً زندگی بهتری داشته باشیم. آن افرادی که در گذشته بر اثر مشکلات و بیماری های پزشکی فوت می کردند امروزه زنده می مانند اما این افراد باید هزینه های عاطفی، هیجانی و روانی درمان های دارویی و شیمیایی، جراحی های طولانی مدت و فرسایشی را تحمل کنند، که بسیار طاقت فرسا است. برای مثال کسانی که پیوند کلیه انجام داده اند همیشه باید مراقبت ها و آزمایش های پزشکی را تا پایان عمر ادامه دهند. این بیماران با یک شرایط تکراری و مزمن دست به گریبان هستند که البته در میزان ابعاد عاطفی و روانی این شرایط و حتی ادامه درمان موثر است. در این شرایط چالش در زمینه شناسایی و مدیریت ابعاد اجتماعی و روانی بیماران مزمن بسیار حساس و حیاتی است. این بیماران اغلب مجبور هستند که آمل، آرزوها، سبک زندگی و حتی شغل و زندگی خود را با شرایط بیماری خود هماهنگ کنند. این شرایط دشوار و گاه شکست در مهیا کردن این شرایط و شکست های پی در پی درمانی می تواند منجر به اختلالات روانپزشکی عمده ای از قبیل افسردگی یا اضطراب شود. برای مثال اختلالات خلقی در بین بیماران دیابتی و روماتوئید آرتریتی ۲۰ تا ۲۵ درصد تخمین زده شده است [۳۵] در مقایسه نرخ ۴ الی ۸ درصدی افسردگی در جامعه معمولی، همچنین نرخ افسردگی در بیماران سرطانی ۳۰ درصد تخمین زده شده است [۳۶-۳۸].

در این میان ناامیدی، افسردگی و شکست های درمانی متوالی ممکن است منجر به این شود که بیماران مبتلا به بیماری های مزمن غیر قابل درمان اقدام به خودکشی کنند تا از شرایط دردآور و تحمل این شرایط رها شوند [۳۹-۴۰].

۱-۷ ابعاد روان بیماری شناختی رابطه بیماری های مزمن با افکار خودکشی

۱-۷-۱ سرطان: برخی مطالعات شیوع خودکشی در میان بیماران سرطانی را دو برابر افراد عادی برآورد کرده اند [۴۱]. خطر مربوط به خودکشی در مراحل پیشرفته بیماری و به خصوص در بیمارانی که خستگی حاصل از سرطان مزمن را تجربه کرده اند افزایش می یابد، به خصوص در طول دوره بستری در بیمارستان، یا بلافاصله بعد از مرخص شدن از بیمارستان و در طول دوره نقاهت و در مواقعی که درمان های پزشکی و شیمیایی با شکست مواجه شود احتمال افکار خودکشی بالا می رود. هر چند که تشخیص خطر خودکشی در بیماران سرطانی اهمیت زیادی دارد اما خطر خودکشی حتی بعد از درمان موفق هم تا مدت ها بالا است، چرا که این افراد دچار افسردگی مزمن هستند و احساس ناامیدی شدیدی دارند و به دست آوردن توانایی اولیه بعد از اختلال مزمن، وجود علل و نشانگان افسردگی در این افراد باعث ایجاد توانایی لازم جهت اقدام به خودکشی در این افراد می شود. دردهای ناشی از جراحی که بیماران سرطانی تجربه می کنند می تواند آمادگی آن ها را برای خودکشی افزایش دهد. در مجموع، ترس از مرگ یا عدم بهبودی سرطان می تواند به افکار خودکشی منجر شود [۴۲].

بیماری های جسمانی مزمنی مثل سرطان، صرع، صدمات جمجمه، بیماری های قلبی عروقی، دمانس، ایدز، برخی اختلالات غدد مثل بیماری کوشینگ احتمال بالایی از خطر خودکشی را دارند، چرا که عوامل مربوط به بیماری جسمانی مثل عدم توانایی حرکتی، بد ریختی بدن (به خصوص در زنان) و درد مزمن عامل اصلی افکار و رفتار خودکشی است [۴۲].

۱-۷-۲ درد مزمن : وجود درد مزمن به میزان بالایی با رفتارهای خودکشی گرا [۴۶-۴۳] و اقدام به خودکشی موفق [۴۹-۴۷] در ارتباط است. مطالعات اخیر حاکی از آن است که نرخ افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افراد مبتلا به درد مزمن در مقایسه با جمعیت عمومی دو الی سه برابر می باشد [۵۰]. میزان بالای نرخ رفتارها و افکار خودکشی در همه شرایط مربوط به درد وجود داشته و در مقایسه با وضعیت های غیر دردزا بیشتر است [۵۱ و ۴۳]. برخی مطالعات حاکی از ارتباط مثبت و قوی بین افکار خودکشی و شدت درد بوده است و برخی از مطالعات ارتباطی بین این دو وضعیت نمی بینند [۴۳].

یکی از عوامل مطالعه شده درخصوص ارتباط درد مزمن با افکار و رفتار خودکشی استفاده از استراتژی های مقابله با درد است که یک پیش بینی کننده قابل اطمینانی در پیش بینی رابطه بین این دو متغیر است [۵۴-۵۲]. بین افراد در استفاده از استراتژی های مقابله با درد تفاوت عدیده ای وجود دارد [۴۳ و ۴۱] در صورتی که استراتژی های مقابله موثر نباشند و با شکست مواجه شوند نتیجه ای جز ناامیدی، درماندگی و افکار خودکشی نخواهد داشت [۵۵]. مستقل از عواطف منفی، عاقبت منفی و ناامیدکننده بیماری های درد مزمن با احتمال تشدید درد همراه است و انتشار درد به ناتوانایی

های عملکردی بیشتر در این افراد می انجامد. در نهایت چاره ای جز درماندگی و افتادن در ورطه ناامیدی و شکست روانی وجود ندارد [۵۹-۵۶]. شناسایی اولیه افکار خودکشی در بین بیماران درد مزمن از اهمیت خاصی برخوردار است چرا که شیوع افکار خودکشی فعال در بین این بیماران بسیار بالا می باشد و همین افکار هر لحظه ممکن است به عمل مرگ منجر شود [۶۱-۵۹].

در مطالعات مربوط به رابطه بین افکار و رفتار خودکشی با درد مزمن توجه کمی به بررسی و مطالعه ویژگی های جمعیت شناختی شده است. اما مطالعات حاکی از آن است که افکار خودکشی به شدت تحت تاثیر ویژگی های جمعیت شناختی است؛ برای مثال زنان و افراد کم سواد به طور کلی در هنگام مواجهه با بیماری های مزمن و در صورت شکست طرح های درمانی بیشتر مستعد افکار خودکشی و حتی رفتارهای منجر به خودکشی موفق هستند [۶۶-۶۲].

در مطالعه ای میزان افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بین زنان معتاد مبتلا به درد مزمن به ترتیب ۴۰/۳ درصد و ۲۳/۸ درصد [۶۷] و در مطالعه دیگری میزان افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در افراد معتاد مبتلا بر درد مزمن ۱۳/۵ درصد و ۴/۶ درصد و گزارش شده است. این یافته ها بر اهمیت شناسایی و سنجش تاریخچه اختلالات روانپزشکی در بین بیماران مبتلا به درد مزمن تاکید دارد [۷۰-۶۸].

۸-۱ اختلالات روانپزشکی و افکار خودکشی گرا :

اختلالات روانپزشکی، سابقه خانوادگی خودکشی، سوء مصرف مواد، درگیری با قانون، تغییرات ناگهانی در سلامتی، تعارضات خانوادگی به عنوان عوامل خطر برای افکار خودکشی شناخته شده اند. در

مطالعات جدیدتر عوامل خطر شخصیتی مانند تکانشگری و کرختی هیجانی نیز مورد توجه محققان قرار گرفته است [۷۱]. اختلالات شخصیت به ویژه اختلالات شخصیتی خوشه B به عنوان بخشی از اختلالات روانپزشکی از عوامل خطر شناخته شده برای خودکشی هستند [۷۲]. تخمین زده می شود بیش از ۳۰ درصد افرادی که بر اثر خودکشی فوت می کنند و حدود ۴۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می کنند و در حدود ۵۰ درصد بیماران روانپزشکی که به دلیل خودکشی جانشان را از دست می دهند از اختلال شخصیت مرزی رنج می برند [۷۲]. اختلال شخصیت مرزی با الگوی شدید روابط بین فردی ناپایدار، خلق نوسان دار، احساس مزمن پوچی و ترس از تنهایی و طرد شناخته می شود. سازه اصلی در اختلال شخصیت مرزی که با رفتار خودکشی گرایانه ارتباط دارد، تکانشگری است. تکانشگری شامل طیف گسترده ای از مفاهیمی ناهمگن است که در روانشناسی تحت نام تکانشگری مطرح شده است. مفاهیمی چون هیجان طلبی، خطرپذیری، بی باکی، ماجراجویی، بی اعتمادی، نافرمانبرداری و مستعد ملال بودن از جمله آن مفاهیم است [۷۲]. تکانشگری و پرخاشگری به عنوان دو صفت اصلی شخصیتی در افرادی که سابقه اقدام به خودکشی داشته اند به طور معناداری بیشتر از کسانی است که فاقد سابقه اقدام به خودکشی هستند. به طور کلی اختلال شخصیت مرزی و تکانشگری از پیش بینی کننده های قوی افکار خودکشی هستند [۷۳]. بر اساس مطالعات موجود، افراد تکانشگر تمایل بیشتری به تجربه رویدادهای تحریک کننده و دردناک دارند و این وضعیت منجر به خوگیری آن ها به ترس و درد شده و در نهایت موجب ایجاد ظرفیت برای درگیر شدن در رفتارهای خودکشی گرایانه می شود [۷۴].

سبک مقابله شخص با موقعیتهای استرس آمیز از مولفه های دیگری است که می تواند با پریشانی های روانی ارتباط داشت باشد. مقابله به تلاش هایی گفته می شود که شخص برای تغییر موقعیتهای استرس آور و یا موقعیتهایی که از نظر او رنج آور محسوب می شوند انجام می دهد [۷۵]. به طور کلی سبک های مقابله ای به دودسته سبک مقابله مساله مدار و سبک مقابله هیجان مدار تقسیم می شوند. در سبک مقابله مساله مدار شخص به طور مستقیم بر روی موقعیتهای استرس آور کار می کند و از این طریق اثرات رنج آور ناشی از موقعیت را بر روی خود کاهش می دهد. دستکاری موقعیت مشکل ساز، شناسایی راه هایی برای حل مساله و جستجوی حمایت اجتماعی نمونه هایی از اقدامات در سبک مقابله مساله مدار است. در مقابل در سبک مقابله هیجان مدار شخص به دنبال تنظیم پاسخ های هیجانی به وضعیت استرس زا است [۷۶]. در سبک مقابله هیجان مدار شخص به دنبال کاهش اثرات عاطفی رویدادهای استرس زا با استفاده از شیوه هایی چون تن آرامی، استفاده از الکل و مواد مخدر، فعالیت های اجتماعی و یا مکانیسم های دفاعی است [۷۵]. مطالعات نشان داده است سبک مقابله هیجان مدار که با انکار و اجتناب از رویارویی با مشکلات شناخته می شود با سلامت روانی رابطه منفی دارد و در مقابل سبک مقابله مساله مدار که در آن شخص به طور فعال به رویارویی با مشکل می پردازد با سلامت روانی رابطه مثبت دارد [۷۷]. تحقیقات نشان داده است استفاده از سبک مقابله مساله مدار با افکار خودکشی و برخی ناراحتی های روان شناختی مانند خستگی عاطفی و برخی اختلالات روان تنی رابطه منفی دارد [۷۵].

احساس بی لذتی عاطفی به ویژه در بیماری اسکیزوفرنیا و توانایی کاهش یافته برای تجربه احساس لذت یک عامل خطر مهم در خودکشی سال اول ابتلا به اختلالات عاطفی عمده و مزمن می باشد.

علاوه بر این، در موقع عود مزمن اختلالاتی مثل اسکیزوفرنیا، بین افکار خودکشی و احساس بی لذتی روانی رابطه زیادی وجود دارد [۷۸-۷۹]. مطالعات حاکی از آن است بین افکار خودکشی و احساس بی لذتی در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی مزمن رابطه مثبتی وجود دارد؛ بطوریکه در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی مزمن احساس بی لذتی زیاد با افکار خودکشی بالا در ارتباط است [۸۰].

همچنین مطالعات حاکی از آن است که بین اسکیزوفرنی مزمن و افکار خودکشی و احساس بی لذتی رابطه زیادی وجود دارد [۸۱ و ۸۲] آمادگی مزاجی برای ابتلا به استرس، تعیین کننده واکنش افراد مبتلا به بیماری های مزمن و غوطه ور شدن در افکار و رفتار خودکشی می باشد. در این میان تجارب کودکی و عوامل ژنتیکی و محیطی بسیار تاثیرگذار هستند. برای مثال آمادگی مزاجی برای افکار خودکشی تحت تاثیر بیماری هایی مثل صرع [۸۳ و ۸۴]، هانتینگتون [۸۵-۸۸] الکل و سو مصرف مواد [۸۹-۹۱] و میزان چربی خون [۹۲ و ۹۳] می باشد.

اهمیت پدیده خودکشی به صورت افکار و رفتار خودکشی گرا صرفا با دانستن تعداد بالغ بر ۳۰۰۰۰ نفر قربانی خودکشی در سال در ایالت متحده آمریکا قابل درک می باشد [۹۴-۹۸]. در بین افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی تعداد بسیار چشم گیری هستند که از اختلال اسکیزوفرنی و سایر اختلالات مزمن روانپزشکی و اختلالات خلقی رنج می برند [۹۹ و ۱۰۰]. با در نظر گرفتن این واقعیت که تخمین های مربوط به خودکشی بسیار بیشتر از آن است که در گزارش های رسمی ارایه شده است [۱۰۱ و ۱۰۲] می توان گفت که خودکشی هنوز دلیل عمده بسیاری از مرگ های زودرس و نابهنگام در جامعه آمریکا می باشد [۱۰۳ و ۱۰۴].

اگر چه رفتار خودکشی روان گرا در بیماران پزشکی توجه زیادی را به خود جلب کرده است، بررسی های افراد تشخیص داده شده با اختلالات روانپزشکی که بر اثر خودکشی جان باخته اند بسیار اندک بوده است. اما برخی ویژگی های بالینی مثل سطوح بالایی از نشانگان افسردگی و یا حضور اختلالات افسردگی [۱۰۵] به شکل باثباتی در خودکشی و رفتارهای خودکشی روان گرا در بین افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی مثل الکسسیم و اختلال سو مصرف مواد در ارتباط است [۱۰۶]. هر چند که در بین بیماران اسکیزوفرنی اقدام کننده به خودکشی احتمال یک مرحله فعال و تشدید شده ای از بیماری بالا است، ولی این افراد به احتمال زیاد در ماه های قبل از اقدام به خودکشی نشانگان روانپزشکی را به صورت مداوم و مزمّن تجربه کرده اند [۱۰۷-۱۰۹].

۱-۹ شیوه های خودکشی

یکی از نکات مهم در شناسایی و تعیین خطر خودکشی انتخاب شیوه خودکشی می باشد [۱۱۰]. به عنوان مثال افرادی که شیوه خودکشی مرتبط با سیستم تنفسی همچون حلق آویزی را انتخاب می کنند نسبت به سایر افراد روش کشنده تری را انتخاب می کنند و یا انتخاب شیوه خودکشی با آتش می تواند ناشی از انتخاب آتش به منظور بیان اعتراض و جلب توجه عمومی و یا نشان دادن خشم فرد باشد [۱۱۱-۱۱۲].

بررسی ها نشان می دهند که از لحاظ آماری مردان و زنان در به کار بردن شیوه های خودکشی با یکدیگر متفاوتند، شایع ترین روش های انجام خودکشی در ایران به ترتیب حلق آویزی، خودسوزی، خودکشی به شیوه مسمومیت می باشد. اغلب خودکشی ها با سلاح گرم در کشورهای که سلاح

گرم به سهولت در دسترس افراد می باشد اتفاق می افتد، به عنوان مثال در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۱ و ۲۰۰۵ به ترتیب ۴۹ درصد و ۵۲ درصد از خودکشی ها با استفاده از سلاح گرم انجام شده است [۱۱۳-۱۱۴].

افرادی که اقدام به خودکشی می کنند نسبت به افرادی که موفق به خودکشی می شوند در جنبه های مختلفی از قبیل جنس، سن و عوامل اجتماعی متفاوتند، به علاوه رفتار خودکشی در کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه یافته نیز به دلیل وجود تفاوت های اقتصادی و فرهنگی، اجتماعی یکسان نیستند. بنابراین هر کشور قبل از انجام هر گونه اقدام پیشگیرانه، باید ابتدا بررسی جامعی بر عوامل خطر و پیشگیری کننده رفتارهای خودکشی در جوامع مختلف خود انجام دهد سپس راهبردهای جامع نگر عملی و ارزان برای کاهش میزان رفتار خودکشی با توجه به تفاوت های قابل توجه فوق و اهمیت آن برنامه ریزی نماید [۱۱۵].

خودکشی به شیوه های گوناگونی انجام می شود. گاهی افراد از روشهای رنج آوری برای خودکشی استفاده می کنند که به نمونه هایی از آن در زیر اشاره شده است. همچنین تفاوت اساسی میان مردان و زنان در خودکشی وجود دارد:

۱-۹-۱ شیوه های رنج آور : سقوط از بلندی، سلاح گرم و سرد، تصادف عمدی و خودسوزی.

۲-۹-۱ شیوه های خفه کننده : غرق شدگی، خفگی با گازها و دود ذغال و حلق آویز کردن.

۱-۹-۳ شیوه های مسموم کننده : املاح آرسنیک، داروهای خواب آور، الکل و سموم

شیمیایی.

۱-۹-۴ برخی شیوه های مشکوک که به تشخیص پزشکی قانونی بستگی دارد :

مانند ضربات چاقوی مشکوک، خفگی های مشکوک و غیره [۱۱۶].

۱-۱۰ حقایق راجع خودکشی

جدول ۱-۱۰ باورهای غلط و واقعیت درباره خودکشی

واقعیت	باور غلط
بیشتر کسانی که خودکشی می کنند هشدارهای قاطعی در مورد تصمیم به خودکشی از خود نشان می دهند	کسانی که راجع به خودکشی صحبت می کنند خودکشی نمی کنند
بسیاری از آنها دودل هستند	افراد با افکار خودکشی قطعاً قصد مرگ دارند
این افراد به اندازه کافی نشانه هایی از خود بروز می دهند	خودکشی بدون هشدار رخ می دهد
بسیاری از خودکشی ها در زمان بهبودی رخ می دهد، وقتی که فرد انرژی کافی برای این کار را دارد و می خواهد افکار نا امیدانه را به افکار مخرب تبدیل کند	بهبودی پس از یک بحران به این معناست که خطر خودکشی برطرف شده است
بسیاری از خودکشی ها قابل پیشگیری است	خودکشی قابل پیشگیری نیست
افکار خودکشی ممکن است برگردند اما آنها دائمی نیستند و در برخی از افراد هرگز بر نمی گردد	وقتی کسی مستعد خودکشی است او دائماً در این فکر است

منبع: رفرانس ۱۱۷

۱-۱۱ مهم ترین علل خودکشی :

✓ احتیاج به جلب توجه و کسب شهرت،

✓ احتیاج به تنبیه دیگران،

✓ فرار از مشکلات در زندگی فردی و اجتماعی،

✓ شک در ارزش وجودی یا به عبارت دیگر احساس بی ارزشی [۱۱۸].

۱-۱۲ تغییرپذیری افکار خودکشی

بسیاری از مطالعاتی که در زمینه اقدام به خودکشی انجام شده اند سعی در شناسایی عوامل خطر خودکشی داشته‌اند، حال آنکه به پارامترهای مربوط به افکار خودکشی مثل قوت، مدت وجود و تغییرپذیری این افکار تا حد زیادی بی‌توجهی شده است. محققین همبستگی مشخصی را بین قوت افکار خودکشی (به عنوان شدت وجود نشانه‌های خودکشی) و عوامل خطر شرح داده اند: آنها دریافتند که قوت این افکار با تاریخچه اقدام به خودکشی در گذشته و تلاش برای خودکشی یا اقدام به خودکشی در آینده همبستگی دارد. آنان همچنین نشان دادند که طول مدت وجود این افکار نیز با تلاش برای خودکشی رابطه دارد؛ یعنی طول مدت یک بحران خودکشی به طور قابل ملاحظه‌ای برای افرادی که چند بار اقدام به خودکشی کرده بودند طولانی‌تر بود. تغییرپذیری افکار خودکشی، نه تنها هردو پارامتر قوت و مدت افکار را دربرمی‌گیرد بلکه شامل بی‌ثباتی خلقی نیز می‌باشد. بی‌ثباتی خلقی نتیجه حس فقدان کنترل بر زندگی با افکار مرگ است که این حس مستقیماً با برنامه‌ریزی خودکشی همبستگی دارد. طول مدت یک بحران خودکشی به طور قابل ملاحظه‌ای برای افرادی که چند بار اقدام به خودکشی کرده بودند طولانی‌تر بود. تغییرپذیری افکار خودکشی نه

تنها هر دو پارامتر قوت و مدت افکار را دربرمی گیرد بلکه شامل بی ثباتی خلقی نیز می باشد. در واقع شواهدی وجود دارند که نشانگر آن هستند که افرادی که از نظر خلقی بی ثبات هستند از خودکشی به عنوان وسیله ای برای کنترل احساسات متغیرشان استفاده می کنند [۱۱۹].

۱-۱۳ رویکردهای روانشناختی و جامعه شناختی از مناظر مختلف به تبیین

پدیده خودکشی

شواهد نشان می دهد که خودکشی همچنان یکی از علل پیشتاز مرگ در میان جوانان باقی مانده و رو به افزایش است [۱۲۰]. ایده خودکشی و خود آسیب رسانی توسط سازمان سلامت جهانی به عنوان یکی از نگرانی های سلامت روانی و اجتماعی بسیار مهم در نظر گرفته شده است. مطالعات گوناگون در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه نشان داده اند که رفتارهای خودکشی نوجوانان یکی از مشکلات جدی سلامت عمومی است [۱۲۱-۱۲۳]. رویکردهای روانشناختی و جامعه شناختی از مناظر مختلف به تبیین پدیده ی خودکشی پرداخته اند؛

Freud معتقد است خودکشی نشان دهنده یک آرزوی سرکوب شده برای کشتن یک فرد محبوب از دست رفته است و نوعی عمل انتقام جویانه محسوب می شود. **Sullivan** علت خودکشی را عدم توانایی فرد برای رفع تعارض های بین فردی دانسته است [۱۲۴].

Min jeer میل به مرگ را نزد فرد خودکشی گرا آرامشی می داند که در اثر تنش های جامعه (محدودیت های اجتماعی و اخلاقی، که توانسته مانع از رها شدن انرژی پرخاشگری و جنسی فرد شود و در نهایت فشار داخلی پدید می آورد) به آن دست پیدا کرده است [۱۲۵]. مطالعات نشان داده اند

که نقش خانواده در خودکشی متفاوت است؛ برای مثال پیوند با خانواده [۱۲۶] و انسجام خانواده [۱۲۷] با نرخ پایین تر ایده پردازی خودکشی رابطه داشته اند و نرخ بالای رفتارهای خودکشی در افرادی که در خانواده های آشفته زندگی کرده اند مشاهده شده است [۱۲۸].

به نظر Sun و همکاران، انسجام خانوادگی، تعارضات و حمایت همسالان به صورت معنی داری پیش بینی کننده ی عزت نفس و افسردگی بوده اند که از این بین افسردگی عامل میانجی قدرتمندی برای پیش بینی ایده پردازی خودکشی بوده است [۱۲۷].

بر اساس تحقیق Omigbodu و همکاران نوجوانان خانواده های چند همسری که والدینشان طلاق گرفته یا از هم جدا شده اند، و نوجوانانی که انسجام خانوادگی ندارند نرخ بالاتری از ایده پردازی خودکشی دارند [۱۲۹].

مطالعات جامعه شناختی و روانشناختی نشان داده اند که هر دوی عوامل بافتی (مثل سازمان یافتگی اجتماعی خانواده، کمبود حمایت خانوادگی و روابط ضعیف با همسالان [۱۳۰] و پیش بینی کننده های شخصی همانند افسردگی، هیجانی بودن، تکانشی بودن) با خودکشی، تلاشهای خودکشی گرا و ایده پردازی خودکشی رابطه دارند [۱۳۱]. مشخص شده است که مصرف مواد، آزارگری خانواده، جدایی والدین بر اثر طلاق، کناره گیری از دیگران، و نبود رابطه کلامی بین اعضا با خودکشی رابطه داشته است [۱۳۲].

به نظر Goodwin و همکاران افکار خودکشی والدین یا سابقه اقدام به خودکشی در آنها از پیش بینی کننده های قوی اقدام به خودکشی در فرزندان می باشد [۱۳۳]، همچنین میزان همبستگی خانوادگی در اقدام کنندگان به خودکشی پایین تر از افرادی است که اقدام به خودکشی نکرده اند [۱۳۴].

۱-۱۴ اهمیت پژوهش

بر اساس تخمین های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ میلادی نزدیک به هشتصد و پنجاه هزار مرگ ناشی از خودکشی در جهان وجود داشته و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی کرده اند [۳]. این در حالی است که تخمین زده شده در سال ۲۰۲۰ میلادی، تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر بر اثر خودکشی خواهند مرد و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی خواهند کرد. نکته فوق به این معنی است که در سال ۲۰۲۰ میلادی به طور متوسط یک مورد مرگ ناشی از خودکشی در هر بیست ثانیه و یک مورد اقدام به خودکشی در فاصله هر یک تا دو ثانیه اتفاق می افتد [۳ و ۴].

آمار خودکشی های موفق در سال های آغازین هزاره سوم به حدی نگران کننده است که به پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت (WHO) و انجمن بین المللی پیشگیری از خودکشی (IASP) از سال ۲۰۰۳ روز ۱۰ سپتامبر به عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی نام گذاری شده است [۱۳۵].

با توجه به اینکه نسبت قابل توجهی از پذیرش بخشهای بیمارستان افرادی هستند که به طریقی به خود آسیب رسانده اند، لذا پیشگیری از خودکشی اکنون یکی از اولویت های بهداشتی مهم در بسیاری از کشورها می باشد [۱۳۶-۱۳۹] و نیز با توجه به افزایش شیوع روز افزون این معضل در اکثر نقاط ایران و از آن جایی که اقدام به خودکشی متاثر از عوامل فرهنگی و منطقه ای است، این پژوهش به منظور تعیین میزان فراوانی اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با آن طراحی شده است.

۱-۱۵ اهداف و فرضیات

۱-۱۵-۱ هدف اصلی طرح (*General Objective*):

تعیین فراوانی اقدام به خودکشی در استان قزوین و عوامل موثر بر آن.

۱-۱۵-۲ اهداف فرعی (*Specific Objectives*):

۱- تعیین منطقه سکونت افراد مرتبط با اقدام به خودکشی در استان قزوین .

۲- تعیین سن افراد مرتبط با اقدام به خودکشی در استان قزوین .

۳- تعیین جنسیت افراد مرتبط با اقدام به خودکشی در استان قزوین .

۴- تعیین شغل افراد مرتبط با اقدام به خودکشی در استان قزوین .

۵- تعیین وضعیت تاهل افراد مرتبط با اقدام به خودکشی در استان قزوین .

۶- تعیین تحصیلات افراد مرتبط با اقدام به خودکشی در استان قزوین.

۷- تعیین وجود سابقه بیماری روانی در افراد مرتبط با اقدام به خودکشی در استان قزوین .

۸- تعیین وجود سابقه بیماری جسمی در افراد مرتبط با اقدام به خودکشی در استان قزوین

۹- تعیین روش انجام خودکشی در افراد مرتبط با اقدام به خودکشی در استان قزوین .

۱۰- تعیین وجود سابقه خودکشی در افراد مرتبط با اقدام به خودکشی در استان قزوین.

۱۱- تعیین فراوانی اقدام به خودکشی در استان قزوین .

۱-۱۵-۳ هدف کاربردی (*Applied Objective*):

بررسی دلایل اقدام به خودکشی و قرار دادن نتایج آن به مدیران و سیاستگذاران در جهت برنامه ریزی کاهش اقدام به خودکشی در استان قزوین.

۱-۱۵-۴ فرضیه ها (*Hypothesis*) یا سوال های پژوهش:

۱- بین اقدام به خودکشی و منطقه سکونت افراد در استان قزوین رابطه وجود دارد؟

۲- بین اقدام به خودکشی و سن افراد در استان قزوین رابطه وجود دارد؟

۳- بین اقدام به خودکشی و شغل افراد در استان قزوین رابطه وجود دارد؟

۴- بین اقدام به خودکشی و وضعیت تاهل افراد در استان قزوین رابطه وجود دارد؟

۵- بین اقدام به خودکشی و تحصیلات افراد در استان قزوین رابطه وجود دارد؟

۶- بین اقدام به خودکشی و سابقه بیماری روانی افراد در استان قزوین رابطه وجود دارد؟

۷- بین اقدام به خودکشی و سابقه بیماری جسمی افراد در استان قزوین رابطه وجود دارد؟

۸- بین اقدام به خودکشی و سابقه خودکشی در افراد در استان قزوین رابطه وجود دارد؟

فصل دوم

مروری بر مطالعات

۲-۱ مروری بر مطالعات

۲-۱-۱ مروری بر متون خارجی

نتایج مطالعه با عنوان خودکشی ناشی از به دارآویختن که در فاصله سالهای ۲۰۰۴-۲۰۰۵ انجام شد مشخص کرد متوسط سن افراد مورد مطالعه $13/1 \pm 31/4$ (محدوده سنی ۸۰-۱۲ سال) است. ۸۰ درصد بیماران مرد بودند که ۵۰/۸ درصد از آنها ازدواج کرده بودند. ۶۴/۳ درصد بیماران ساکن شهر بودند، ۲۰/۳۴ درصد بیماران از یک بیماری روانشناسی رنج می بردند، ۱۵/۳ درصد بیماران اعتراف به سو مصرف موادمخدر کردند، ۱۱/۹ درصد سابقه خودکشی در گذشته را ذکر می کردند و ۳۷/۳ درصد از خودکشی ها در فصل پاییز رخ داده بودند (کمترین میزان خودکشی در فصل زمستان بوده است). تلاش برای خودکشی از راه دار زدن به طور معنا داری در مردان ($p < 0.001$) و افرادی که سطح تحصیلات آنها کمتر از دیپلم یا دبیرستان بود گزارش شده بود ($p < 0.05$) [۱۴۰].

نتایج حاصل از یک مطالعه اپیدمیولوژیک که به مقصود مشخص کردن مهمترین فاکتورهای خطر در بیماران مراجعه کننده با خودکشی صورت گرفت بیان کننده این مطلب است که سن (عمدتا در فاصله سنی ۲۹ سال)، تحصیلات (عمدتا در افرادی که تحصیلات ابتدایی دارند و نه بی سواد)، ازدواج (عمدتا در متاهلین تا افراد مجرد و یا بیوه)، سابقه خودکشی قبلی، بیماری فیزیکی (به خصوص CHF, ESRD و کانسر) یا روانپزشکی کنونی (بیشترین بیماری روانپزشکی همراه اختلال افسردگی به دنبال اسکیزوفرنی و اختلال اضطرابی بود) مهمترین مواردی هستند که می توانند منجر به ناتوانی فرد در اداره زندگی خویش و نهایتا خودکشی بیانجامد. در این تحقیق بیان شد که

فصل سال، زمان اقدام به خودکشی (۲۴ ساعت شبانه روز)، منطقه سکونت (شهر یا روستا) و سابقه بستری قبلی در بیمارستان به دلیل مسائل روانی ارتباطی با خودکشی ندارند. از طرفی خودکشی موفق (Completed Suicide) عمدتاً در کسانی دیده می شود که سابقه ای از اقدام به خودکشی در گذشته داشته اند [۱۴۱].

بسیاری از مطالعاتی که در زمینه اقدام به خودکشی انجام شده اند سعی در شناسایی عوامل خطر خودکشی داشته اند، حال آنکه به پارامترهای مربوط به افکار خودکشی مثل قوت، مدت وجود و تغییرپذیری این افکار تا حد زیادی بی توجهی شده است. جوینر و راد همبستگی مشخصی را بین قوت افکار خودکشی (به عنوان شدت وجود نشانه های خودکشی) و عوامل خطر شرح دادند. آنها دریافتند که قوت این افکار با تاریخچه اقدام به خودکشی در گذشته و تلاش برای خودکشی یا اقدام به خودکشی در آینده همبستگی دارد. آنان همچنین نشان دادند که طول مدت وجود این افکار نیز با تلاش برای خودکشی رابطه دارد؛ یعنی طول مدت یک بحران خودکشی به طور قابل ملاحظه ای برای افرادی که چند بار اقدام به خودکشی کرده بودند، طولانی تر بود. تغییرپذیری افکار خودکشی، نه تنها هر دو پارامتر قوت و مدت افکار را دربرمی گیرد بلکه شامل بی ثباتی خلقی نیز می باشد. بی ثباتی خلقی نتیجه حس فقدان کنترل بر زندگی است که این حس مستقیماً با افکار مرگ و برنامه ریزی خودکشی همبستگی دارد. در واقع شواهدی وجود دارند که نشانگر آن هستند که افرادی که از نظر خلقی بی ثبات هستند از خودکشی به عنوان وسیله ای برای کنترل احساسات متغیرشان استفاده می کنند. بر این اساس مطالعه دیگری توسط جوینر و همکاران ترتیب داده شد که در آن به بررسی سه پارامتر فوق و رابطه آنها با اقدام به خودکشی و جنسیت با تمرکز بر تفاوت های جنسیتی

برجسته پرداختند. آنها تعدادی از دانشجویان رشته روانشناسی را توسط غربالگری از طریق BSS (مقیاسی ۲۰ قسمتی و خود ارزیابی کننده است و وجود تمایلات خودکشی را ارزیابی می کند) و SPS (که مقیاس خود ارزیابی کننده ۳۶ قسمتی است و عقاید و رفتارهای مرتبط با خطر خودکشی را می سنجد)، انتخاب کردند. افراد برای شرکت در این مطالعه، پاداش نیز دریافت می کردند. این مطالعه در دو مرحله انجام شد، اول همگی افرادی که معیارهای غربالگری را داشتند، بدون توجه به اقدام قبلی خودکشی انتخاب شدند و در مرحله بعدی مشارکت کنندگان آنهایی بودند که سابقه یک یا چند مرتبه اقدام به خودکشی داشتند که توسط مصاحبه بالینی نیز اثبات شده بود. نهایتاً ۱۰۸ نفر از این افراد وارد تحلیل نهایی شدند. مشارکت کنندگان، این پرسشنامه ها را برای مدت ۶ هفته، روزانه و ترجیحاً در یک زمان از روز تکمیل می کردند. نتیجه این شد که تغییرپذیری زیاد افکار به طور معنی داری تنها پیشگویی کننده اقدام قبلی به خودکشی بود. به علاوه، تغییرپذیری در افکار خودکشی در پیشگویی وجود اقدامات قبلی خودکشی در مردان با اهمیت تر بود. شاید این یافته ها به علت آن باشد که پارامتر تغییرپذیری در برگیرنده هر دو پارامتر دیگر (شدت و مدت) به علاوه بی ثباتی خلق است. رابطه اقدام به خودکشی و تغییرپذیری افکار خودکشی در مردان مهم تر به نظر می رسد ولی نتایج به دست آمده تفاوت معنی داری را در این مورد بین دو جنس نشان ندادند. با این حال می توان گفت که قوی ترین عامل پیشگویی کننده اقدامات آتی خودکشی همان تغییرپذیری افکار خودکشی می باشد و ارتباط آن با جنسیت مرد، مطرح کننده آن است که سطوح متغیر افکار خودکشی، اقدام آتی به خودکشی را پیشگویی می کند [۱۱۹].

در مطالعه ای باهدف بررسی علل اقدام به خودکشی در زنان متاهل نتایج حاصل از آن مشخص کرد که ۵۰/۵ درصد واحدهای مورد مطالعه از شوهران خود می ترسیدند، ۶۷/۷ درصد خشونت همسر، ۶۴/۴ درصد تحقیر، ۳۸/۴ درصد سوء ظن، ۴۲/۴ درصد بی اعتنائی، ۶۱/۶ درصد منع معاشرتهای خانوادگی، ۵۷/۶ درصد منع فعالیتهای اجتماعی را مطرح کرده بودند. همچنین نتایج نشان داد که اکثریت واحدهای مورد مطالعه (۷۹/۸ درصد) درباره قصد اقدام به خودکشی با دیگران صحبتی نکرده بودند و ۷۴/۷ درصد از نمونه ها از وجود منابع و مراکز حمایتی (پلیس، وکیل، مراکز مشاوره و سازمان بهزیستی) در جامعه آگاهی نداشتند. علاوه بر موارد فوق مشخص شد که مشخصات فردی از جمله سن، محل سکونت، میزان تحصیلات، شغل و درآمد ماهیانه می تواند درمیزان موارد اقدام به خودکشی موثر باشد که این نتایج منطبق بر اکثر مطالعات انجام شده می باشد. این پژوهش ثابت کرد خشونت خانوادگی و اختلافات زناشویی از علل مهم اقدام به خودکشی در میان زنان است. آموزش مهارتهای زندگی، شناسایی موارد خشونت خانوادگی، آرایه راهکارهای مناسب در حل مشکلات خانوادگی، معرفی دستگاه های حمایتی به مددجو، ارجاع و پیگیری از جمله اقداماتی است که پرستاران می توانند در جهت کاهش موارد اقدام به خودکشی در زنان متاهل انجام دهند [۱۴۲].

مطالعه ای که در سال ۲۰۰۳ در اسپانیا انجام شد نشان داد که شیوع تفکر خودکشی در دانشجویان سال آخر دانشگاه ۳/۶ درصد بوده است. فکر خودکشی و تاریخچه تلاش برای خودکشی در دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر بوده است. فاکتورهایی مثل تجاوز و تنها بودن بیشتر از ۸ ساعت در روز با داشتن افکار خودکشی به طور قوی ارتباط داشتند [۱۴۳].

در مطالعه ای در دانشجویان استرالیایی شیوع تفکرات خودکشی ۶۲ درصد برآورد شد. جنس و مجرد یا متاهل بودن دانشجویان در بروز تفکرات خودکشی تاثیر نداشت [۱۴۴].

مطالعه دیگری در دانشجویان کلمبیایی نشان داد که شیوع تفکرات خودکشی در این گروه ۴/۴ درصد بوده است. در این مطالعه نیز شیوع تفکرات خودکشی در زنان بیشتر از مردان بوده است [۱۴۵].

کونیک پژوهشی را با عنوان "آزمون مدلی از ایده پردازی خودکشی در میان دانشجویان" انجام داده است. در این پژوهش چندین عامل پرخطر از قبیل: رویدادهای منفی زندگی، ناامیدی و علائم افسردگی که عمدتاً عقیده بر آن است که سبب تسریع ایده پردازی خودکشی در میان دانشجویان می شوند، مورد بررسی قرار گرفت. جمعیت آماری این پژوهش را ۳۷۰ نفر از دانشجویان مقطع لیسانس رشته روانشناسی در دانشگاهی در شمال ایالات متحده آمریکا تشکیل دادند که از این تعداد ۳۴۵ نفر به عنوان نمونه برای پاسخگویی به سوالات پرسشنامه انتخاب شدند. نتایج پژوهش نشان دهنده آن بود که اگرچه علائم افسردگی و ناامیدی به صورت مستقیم بر ایده پردازی خودکشی تأثیرگذار بودند، رویدادهای منفی زندگی به صورت غیر مستقیم و به واسطه ناامیدی و علائم افسردگی بر آن تاثیر داشتند؛ همچنین مشخص شد علائم افسردگی به صورت قابل توجهی تاثیر قوی تری بر ایده پردازی خودکشی نسبت به ناامیدی دارند، به طوریکه ناامیدی به صورت یک متغیر میانجی جزئی و علام افسردگی به صورت یک متغیر میانجی کامل در پیش بینی ایده پردازی خودکشی عمل می کنند [۱۴۶].

هیرسچ و همکاران پژوهشی را با عنوان "خوش بینی و ایده‌پردازی خودکشی در میان دانشجویان جوان کالج" انجام داده‌اند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۸۴ نفر نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی از یک دانشگاه غربی بزرگ و از یک کالج شرقی روستایی در ایالات متحده بودند که میانگین سنی آنها ۲۱/۴ سال و ۶۵ درصد آنها نیز زن بودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه بوده که از طریق آن مقیاس افسردگی، ناامیدی و ایده‌پردازی خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفت، همچنین از یک آزمون تجدیدنظرشده از گرایش به زندگی برای ارزیابی خوش بینی استفاده شد. یافته‌های این پژوهش نشان دادند که متغیر خوش‌بینی، حتی پس از کنترل متغیرهای سن، جنس، علائم افسردگی و ناامیدی دارای ارتباطی معکوس با ایده‌پردازی خودکشی است و به طور کلی نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌کنند که خوش‌بینی یک عامل حمایتی مهم علیه ایده‌پردازی خودکشی در میان جوانان و دانشجویان می‌باشد [۱۴۷].

تحقیقی دیگر توسط دیرکز تحت عنوان "ایده‌پردازی خودکشی‌گرایانه در بین نوجوانان بد رفتار: کاربرد نظریه‌ی فشار" صورت گرفته است. هدف از انجام این مطالعه، آزمون تجربی تئوری فشار عمومی اگنیو برای تبیین ایده‌پردازی خودکشی‌گرایانه در بین نوجوانان بد رفتار بود. بر این اساس، از تئوری فشار و نتایج تحقیقات در مورد انواع خودکشی در بین نوجوانان، برای تبیین اینکه چرا بعضی از نوجوانانی که بد رفتار بودند، محتمل‌ترند که نسبت به سایر نوجوانانی هم که بد رفتار هستند، ایده‌پردازی خودکشی داشته باشند، استفاده شده بود. به منظور آزمون دسته‌ای از فرضیات استخراج شده از تئوری فشار از داده‌های پیمایش ملی رفاه کودک و نوجوان در سال ۲۰۰۴ ایالات متحده استفاده شد که نمونه‌ی پژوهش شامل ۵۷۲ نوجوان بدرفتار در گروه سنی ۱۵-۱۱ سال

بودند. نتایج رگسیون نشان می‌دهد که شاخص‌های فشار منزلتی و رابطه‌ای (پیشرفت تحصیلی و ارتباط با مراقب) قومیت و اعتماد به نفس منفی، تاثیر معناداری بر روی ایده‌پردازی خودکشی‌گرایانه دارند؛ همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از آن بودند که افسردگی تاثیر معناداری بر ایده‌پردازی خودکشی‌گرایانه دارد و در ارتباط بین دو متغیر پیشرفت تحصیلی و رابطه با همالان با ایده‌پردازی خودکشی‌گرایانه به عنوان یک متغیر واسطه‌ای عمل می‌کند. جنسیت، نوع و شدت بد رفتاری و مصرف مواد نیز ارتباط ضعیفی با ایده‌پردازی خودکشی‌گرایانه داشتند [۱۴۸].

های و همکاران تحقیقی با عنوان "قربانی تبه‌کاری شدن و خودآزاری نوجوانان: آزمون فرضیات تئوری فشار عمومی" انجام دادند. این پژوهش با طرح نظریه فشار عمومی اگنیو، سه فرضیه را در مورد اثرات قربانی تبه‌کاری شدن بر پیش‌بینی خودآزاری و ایده‌پردازی خودکشی مورد آزمون قرار داد. به منظور آزمون این دسته فرضیات تئوری فشار از یک نمونه‌ی ۴۲۶ نفری از دانش‌آموزان ۱۵ ساله در یک حومه‌ی روستایی در منطقه جنوب شرقی ایالات متحده استفاده شد. نتایج تحقیق حاکی از این است که قربانی تبه‌کاری شدن به صورت مثبت و معناداری با خود آزاری و ایده‌پردازی درباره خودکشی در ارتباط بود. همچنین یافته‌ها نشان دادند که در ارتباط بین خودآزاری و قربانی تبه‌کاری شدن، حالات عاطفی منفی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. مهم‌ترین عاملی که اثر قربانی شدن بر خود آزاری را کاهش می‌داد، حضور والدین مقتدر و نیز خود کنترلی بالا بود. نتایج تحقیق این بخش از تئوری عمومی فشار را تایید می‌کند که مورد تهدید قرار گرفتن از جانب همالان، با پرخاشگری علیه خود نیز همراه می‌باشد. بر اساس یافته‌های تحقیق مزبور وقتی این دو متغیر، یعنی

(والدین مقتدر و خود کنترلی بالا) حضور داشت، میزان خودآزاری و ایده‌پردازی درباره خودکشی کاهش می‌یافت [۱۴۹].

"کلبِگ" و همکاران معتقدند که افسردگی به عنوان شاخصی از رفتارهای درون سازی شده می‌تواند با کناره گیری از تعامل های اجتماعی خطر سومصرف مواد را افزایش دهد [۱۵۰]. و در نتیجه بر اساس نظریه هافورد سو مصرف مواد از طریق مکانیسم هایی چون اضطراب و پریشانی، افزایش پرخاشگری و کاهش سطح آگاهی (که راهبردهای انطباقی را مختل می سازد) می تواند به شکل گیری فکر خودکشی و اقدام به آن بیانجامد [۱۵۱]. از سوی دیگر بر اساس مطالعات صورت گرفته مصرف مواد می تواند از طریق مکانیسم های اجتماعی همچون مشکلات و درگیری های خانوادگی و طرد از اجتماع باعث افزایش خطر افکار خودکشی گردد [۱۵۲-۱۵۴].

خودکشی و اقدام به خودکشی را می توان پدیده های پیچیده روانی در نظر گرفت که تحت تاثیر متقابل عوامل فردی و محیطی قرار دارند [۱۵۵]. از میان عوامل محیطی، نشان داده شده است که شرایط آب و هوایی مرتبط با تغییر فصول می تواند بر روی خودکشی موثر واقع شود [۱۵۶]. این نکته برای اولین بار در سال ۱۸۸۱ میلادی توسط دانشمند ایتالیایی به نام مورسلی Morselli عنوان گردید [۱۵۷].

پس از وی نیز دورکهم (Dorkhim) جامعه شناس شهیر فرانسوی نشان داد که در اغلب کشورهای غربی وقوع خودکشی در فصل بهار به حد بالای خود و در فصل زمستان به پایین ترین حد می رسد [۱۵۸]. از آن به بعد در اغلب مطالعات انجام شده در کشورهای غربی چنین الگوی

معنی دار فصلی مشاهده شده است که در آن خودکشی در مردان و زنان در فصل بهار به حداکثر و در فصل زمستان به حداقل خود می رسد [۱۵۹-۱۶۲]. برخی از مطالعات محدود انجام شده در کشورهای موجود در نیمکره جنوبی که فصول آن متفاوت با نیمکره شمالی می باشد نیز روند فوق را تایید نموده است [۱۶۳].

۲-۱-۲ مروری بر متون داخلی

در ایران خودکشی از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین تر، ولی بالاتر از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه است [۱۶۴]. ایران از نظر رتبه جهانی خودکشی در رتبه ۵۸ قرار دارد که در این میان سه استان ایلام، کرمانشاه و همدان بالاترین آمار خودکشی را دارند [۱۶۵]. اگر چه در نقاط مختلف ایران مطالعاتی در زمینه خودکشی انجام و فراوانی آن به طور مثال در مناطق جنوبی کشور ۱۶/۸ و در کرج و ساوجبلاغ ۱۶/۴ در صدهزار گزارش شده است، اما میزان اقدام به خودکشی بسیار بالاتر است و این مقدار به طور مثال در استان گلستان ۱۱۷/۸ در صدهزار نفر گزارش شده است، با این وجود از این مطالعات نمی توان تخمین دقیقی را از وضعیت خودکشی در کشور به دست آورد [۱۶۶-۱۶۸].

در مطالعه ای که جهت بررسی اپیدمیولوژیک میزان خودکشی موفق از سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۸۷ در ایران انجام گرفته است، میزان خودکشی موفق از ۸/۳ درصد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۸۰ تا ۱۹/۴ در سال ۱۳۸۵ و ۱۶/۳ نفر به ازای هر صد هزار نفر در سال ۱۳۸۷ متغیر بوده است [۱۶۹].

حیدری پهلویان در بررسی متغیرهای روانی اجتماعی مرتبط با اقدام‌کنندگان به خودکشی گزارش کرد که ۸۲/۷ درصد اقدام کنندگان به خودکشی مبتلا به درجاتی از افسردگی خفیف تا شدید بودند و مهم ترین دلایل اقدام به خودکشی مسایل و درگیری های خانوادگی، ناراحتی روانی، بیکاری و مشکلات اقتصادی بوده است [۱۷۰].

مطالعه مولوی و همکاران درصد نیز نشان داد که اختلاف با همسر (۳۳/۹ درصد) و اختلاف با والدین (۱۷/۴ درصد) از شایع ترین علل اقدام به خودکشی می باشند [۱۷۱].

نتایج مطالعه قلعه ایها و همکاران با عنوان بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خودکشی نشان داد که بالاترین موارد اقدام به خودکشی در سنین ۱۵-۲۵ سالگی بوده است که ۵۲ درصد از آن ها در مردان بوده است [۱۷۲].

در مطالعه ای دیگری به منظور بررسی یک ساله مرگ و میر ناشی از مسمومیت ها، نشان داده شد که ۶۸/۱ درصد از بیماران فوت شده، به طور عمدی اقدام به خودکشی کرده اند [۱۷۳].

در مطالعه ای که با عنوان تعیین عوامل موثر احتمالی اقدام به خودکشی در مراجعه کنندگان به اورژانس بیمارستان شهید محمدی بندرعباس که توسط یوسفی و همکاران در سال ۱۳۸۰ انجام شد نتایج نشان داد که : میانگین سن نمونه های پژوهش ۲۳/۸۵ سال بود و بیشترین درصد آنان در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال قرار داشتند. بیشترین درصد اقدام به خودکشی مربوط به زنان خانه دار، متأهل با تحصیلات متوسطه، ساکن شهر و با وضعیت اقتصادی متوسط بودند. بیشترین زمان اقدام

به خود کشی هنگام عصر و زمان مراجعه آنان هنگام شب بود. بیشترین روش اقدام به خودکشی قرص خوراکی و بالاترین مراجعه در ماه اسفند بود [۱۷۴].

در مطالعه ای که با عنوان اپیدمیولوژی خودکشی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان لردگان توسط جباری فرد و همکاران در سال ۱۳۹۰ انجام شد نتایج نشان داد که: از ۲۳۳ مورد اقدام به خودکشی ۷۸ درصد در گروه سنی ۲۰-۳۴ سال قرارداشتند. ۶۵ درصد خودکشی ها در زنان، ۵۵ درصد در مجردها و ۳۶ درصد در افراد دارای تحصیلات ابتدایی رخ داده بود، همچنین ۷۶ درصد نمونه ها ساکنین روستا بودند. ۳۵ درصد موارد خودکشی منجر به فوت شده بود. بیشترین روش خودکشی، مصرف دارو بود (۴۸ درصد). ۶۲ درصد عوامل مربوط به خودکشی مربوط به اختلافات خانوادگی بود و بیشترین میزان خودکشی موفق مربوط به فصل پاییز بود. بین جنسیت و اقدام به خودکشی و همچنین بین فصول سال و اقدام به خودکشی رابطه معناداری وجود داشت. نتایج این پژوهش نشان داد با توجه به اینکه اقدام به خودکشی در گروه جوانان، زنان متأهل، مردان مجرد، روستائیان و افراد با سطح تحصیلات ابتدایی، بیشتر از سایر گروه ها اتفاق می افتد لازم است در الویت اول، اقدامات پیشگیری کننده توسط متخصصین در مورد این گروه ها پیش بینی و اجرا شود [۱۷۵].

در مطالعه ای که با عنوان سیمای خودکشی در استان هرمزگان توسط خواجه و همکاران در سال ۱۳۹۰ انجام شد نتایج نشان داد که: ۷۱۲ مورد خودکشی در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۰ ثبت شده بود. ۶۴ درصد نمونه ها مونث بودند و بیشترین موارد خودکشی در سنین ۳۴-۱۵ سال بود. بیشترین خودکشی در فصل تابستان و در ماه شهریور صورت گرفته بود. شایعترین روش خودکشی خوردن قرص با ۷۷ درصد بود. ۹/۶ درصد مردان و ۲/۴ درصد زنان خودکشی منجر به فوت داشتند.

نتایج نشان می دهد که می بایست به قشر جوان که خودکشی بیشتری در آن ها رخ می دهد توجه ویژه نمود، همچنین پیشنهاد به اجرای برنامه جامع سلامت روان شد [۱۷۶].

در مطالعه ای که با عنوان بررسی اقدام به خودکشی در بیماران بستری شده در بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه الله در سال ۱۳۸۲ توسط کرمی و همکاران صورت گرفت نتایج نشان داد که : از تعداد ۲۰۲۷ بیمار بستری شده در این بخش، ۸۳ نفر از بیماران سابقه اقدام به خودکشی داشتند (معادل ۴/۱ درصد بیماران)، شیوع خودکشی در بین زنان ۴/۷ درصد بود. شایعترین سن خودکشی در مردان ۲۴ سال و در زنان ۲۶ سالگی بود. همچنین مشخص شد بیماران مجروح جنگی به خصوص اعصاب و روان که مصرف داروهای روانپزشکی داشتند بیشتر اقدام به خودکشی داشتند. میزان خودکشی در افراد مجرد، تحصیلات راهنمایی و عدم حمایت خانوادگی مناسب بیشتر بود. همچنین شایعترین اختلال روانپزشکی همراه صرع و افسردگی بود. نتایج این مطالعه لزوم توجه و آموزش بیشتر به افراد مجرد، زنان و افرادی که تحصیلات پایین تری دارند را ثابت کرد [۱۷۷].

در مطالعه ای که با عنوان تعیین عوامل مرتبط با انگیزه اقدام به خودکشی در ایران : نتایج حاکی از آن بود که : مهمترین علت خودکشی مشکلات خانوادگی با ۳۰ درصد و مشکلات زناشویی با ۲۶ درصد بود. همچنین از دیگر عوامل موثر بر خودکشی شکست تحصیلی و مشکلات اقتصادی بود. شایعترین علت اجتماعی خودکشی در طی دو دهه اخیر در افراد اقدام کننده، درگیری های خانوادگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد با انجام مداخله و تهیه برنامه های آموزشی مناسب با فرهنگ هر منطقه ممکن است بتوان میزان بروز خودکشی در جامع را کاهش داد [۱۷۸].

در مطالعه ای که با عنوان بررسی اپیدمیولوژیک روند خودکشی در جنوب ایران توسط نجفی و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که ۵۳ درصد نمونه ها مونث و ۴۷ درصد آنها مذکر بودند. ۹/۸ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی فوت نمودند که از این تعداد ۳۴ درصد مونث و ۶۴ درصد مذکر بودند. ارتباط معنی دار بین مرگ و میر حاصل از اقدام به خودکشی و جنسیت وجود داشت. در نهایت اشاره شد بدون سیاست های پیشگیرانه، نظام سلامت ایران در آینده با مشکلات عدیده ای در مرگ و میر حاصل از خودکشی مواجه خواهد شد و پیشنهاد به ارتقا و افزایش خدمات روانپزشکی سلامت و مشاورین روانشناسی شد [۱۷۹].

نتایج مطالعه غفاریان و همکاران نشان داد که میانگین اقدام به خودکشی در نمونه های مورد مطالعه ۲۶/۵ در صد هزار نفر بود که از این تعداد ۶/۷ درصد هزار نفر فوت نمودند. میانگین سن خودکشی ۲۵ سال بود. ۴۲ درصد نمونه ها مذکر و ۵۰ درصد موارد مجرد بودند، همچنین ۷۰ درصد موارد اقدام به خودکشی به ساکنین شهرها مرتبط می شد. ۱۶/۲ درصد افراد دارای سابقه خودکشی بودند و ۴۲ درصد بیماری روانی داشتند [۱۸۰].

نتایج حاصل از مطالعه کاشانی و همکاران روشن کرد که اکثر مردان اقدام کننده به خودکشی بیکار (۴۸ درصد) و کارگر (۲۰ درصد) بودند؛ در حالی که ۹۴/۷ درصد از زنان، خانه دار بوده اند. مردان نیز ۸۰ درصد از آنان فاقد درآمد یا دارای درآمد ضعیف بودند. از نظر وضعیت درآمد ماهیانه خانواده نیز ۷۴ درصد از مردان و ۷۸/۹ درصد زنان اقدام کننده به خودکشی دارای خانواده با درآمد ضعیف بودند. در زنان اختلاف با همسر دو برابر مردان به عنوان دلیل اصلی اقدام به خودکشی

اظهار شد. همچنین علت مطرح شده اقدام به خودکشی در ۱۶ درصد از مردان، اعتیاد و در ۵/۳ درصد از زنان، عشق نافرجام بوده است [۱۸۱].

نتایج یک مطالعه تحلیلی با عنوان بررسی و تحلیل میزان و علل مرگ و میر در طی پنج سال (در طی سال های ۱۳۸۷-۱۳۸۳) و در استان قزوین مشخص کرد آمار مرگ و میر ناشی از خودکشی در هر دو جنس روند صعودی داشته و خودکشی پنجمین علت اول مرگ بر حسب عمر از دست رفته است. این میزان در مردان دو برابر زنان بوده است رایج ترین روش خودکشی برای مردان حلق آویزی و برای زنان خودسوزی می باشد که این دو روش ۵۰ درصد موارد را شامل می شوند. در این مطالعه مشخص شد میانگین سن هنگام مرگ ۲۹ سال می باشد. در مطالعات ملی میزان خودکشی ۶ تا ۸ درصد هزار نفر برآورد شده است. بر اساس آمار منتشرشده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور متوسط روزانه ۱۳ مورد خودکشی در کشور با میانگین سنی ۲۹ سال اتفاق می افتد. بررسی روند خودکشی در سال های گذشته در ایران رشد قابل توجهی را نشان می دهد. در برنامه های پیشگیری از خودکشی، شناسایی عوامل خطر (Risk Factors) رفتارهای خودکشی حایز اهمیت بسیار است. مطالعات انجام شده در ایران نشان داده اند مردان مجرد، زنان تازه ازدواج کرده، دختران و پسران دانش آموز و نوجوان، مردان بیکار، و زنان خانه دار در معرض خطر بالاتری برای اقدام به خودکشی قرار دارند. افسردگی یکی از شایع ترین علل خودکشی است، بدین ترتیب شناسایی به موقع افراد افسرده و درمان مناسب و کامل این افراد می تواند اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن را به میزان زیادی کم کند [۱۸۲].

فصل سوم

مواد و روش کار

۳-۱-۱ اطلاعات مربوط به روش کار

۳-۱-۱-۱ جامعه مورد مطالعه

کلیه افراد مرتبط با اقدام به خودکشی که در استان قزوین به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند وارد این مطالعه شدند. روش نمونه گیری به صورت درج اطلاعات ثبت شده از پرونده بیماران به نرم افزار SPSS بود.

۳-۱-۲ نوع مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی و تحلیلی بود.

۳-۱-۳ روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین، اطلاعات توسط محقق در مرکز معاونت بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، واقع در منطقه ۲ شهرداری قزوین با استفاده از پرسشنامه ثبت موارد جدید اقدام به خودکشی در ۵ بخش جمع آوری شد. قسمت اول تاریخ اقدام به خودکشی بر حسب روز، ماه و سال، قسمت دوم نوع مرکز ارایه دهنده خدمات روانپزشکی شامل خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان، اورژانس اجتماعی و زندان، قسمت سوم اطلاعات جمعیت شناختی شامل نام بیمار، شماره شناسنامه و کد ملی تاریخ تولد بر حسب روز، ماه و سال، شغل به صورت قانون گذاران و مقامات عالی رتبه و مدیران، متخصصان، تکنسین و دستیاران، کارمندان امور اداری و دفتری، کارکنان خدماتی

وفروشنندگان، کارکنان کشاورزی جنگلداری و ماهیگیری، صنعت گران و کارکنان مشاغل مربوط، متصدیان و مونتاژکاران ماشین آلات و دستگاه ها و رانندگان وسایل نقلیه، کارگران ساده، شاغلین نیروهای مسلح و سایر مشاغل، جنسیت، سطح تحصیلات به صورت بی سواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان، دانشگاهی، دکترای تخصصی و فوق دکترای دسته بندی شد. وضعیت تاهل به صورت مجرد، متاهل، فوت همسر و طلاق گرفته دسته بندی شد. منطقه سکونت نیز به صورت شهر و روستا دسته بندی شد. قسمت چهارم شامل سابقه بیماری روانی و جسمی، سابقه اقدام به خودکشی در خود و یا خانواده و قسمت پنجم شامل روش خودکشی شامل مسمومیت با دارو، مواد شیمیایی، مواد مخدر، سلاح گرم یا سرد، خود سوزی، دار زدن پرتاب از بلندی، غرق کردن و سایر روش خودکشی بود. نتیجه اقدام به خودکشی نیز به صورت بهبودی، بستری، انتقال به واحد مراقبت ویژه (ICU)، اعزام به مراکز تخصصی و فوت دسته بندی شد. این مطالعه با استفاده از بررسی پرونده مراجعین اقدام به خودکشی به مراکز بهداشتی درمانی انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها، چک لیست (فرم) استاندارد بود که در مطالعه یوسفی مورد استفاده قرار گرفته و روایی آن ثابت شده است. چک لیست استاندارد ثبت موارد جدید اقدام به خودکشی دارای ۱۴ سوال در ۵ بخش است.

۲-۳ تجزیه و تحلیل آماری داده ها

پس از ورود اطلاعات به نرم افزار SPSS نسخه ۲۳، داده های کمی به صورت $\text{Mean} \pm \text{SD}$ و داده های کیفی به صورت فراوانی و درصد بیان شد. متغیر های کمی بسته به توزیع داده ها، با استفاده از آزمون های پارامتریک یا غیر پارامتریک تحلیل شد. همبستگی و مقایسه بین گروه های مختلف با استفاده از آزمون کای دو بسته به نوع متغیر در سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۵ بررسی شد.

۳-۳ محدودیت های اجرایی طرح

به دلیل همکاری معاونت بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در تهیه داده های مورد نیاز؛ مطالعه حاضر فاقد محدودیت اجرایی بود.

۳-۴ ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه هیچ نوع مداخله ای انجام نشد و اطلاعات افراد صرفاً جهت مقاصد پژوهش استفاده شده است. تمامی اطلاعات برگرفته شده از پرونده ها به صورت کاملاً محرمانه باقی ماند و هویت بیمار در چارچوب قانون حفظ شد

۱- اخذ مجوز جهت جمع آوری اطلاعات،

۲- رعایت صداقت و امانت علمی،

۳- جمع آوری داده ها با دقت و صحت کامل،

۴- انجام تحقیق به دور از هر گونه گرایش خاص و با رعایت بی طرفی،

۵- محرمانه نگه داشتن اطلاعات و نتایج حاصل از این پژوهش،

۶- عدم استفاده از منابع مشکوک و فاقد اعتبار.

جدول ۱-۳ جدول متغیرها:

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای	
سن	*		*				سال شمسی
جنسیت	*				*		مذکر و مونث
شغل	*				*		چک لیست
وضعیت تاهل	*				*		مجرد، متاهل
تحصیلات	*					*	دیپلم تا دکتری
سابقه بیماری روانی	*				*		بلی، خیر

سابقه بیماری جسمی	*					*	بلی، خیر
سابقه خودکشی	*					*	بلی، خیر
روش خودکشی	*					*	چک لیست
اقدام به خودکشی	*				*	*	بلی، خیر

فصل چہارم

نتائج

۴-۱ مقدمه

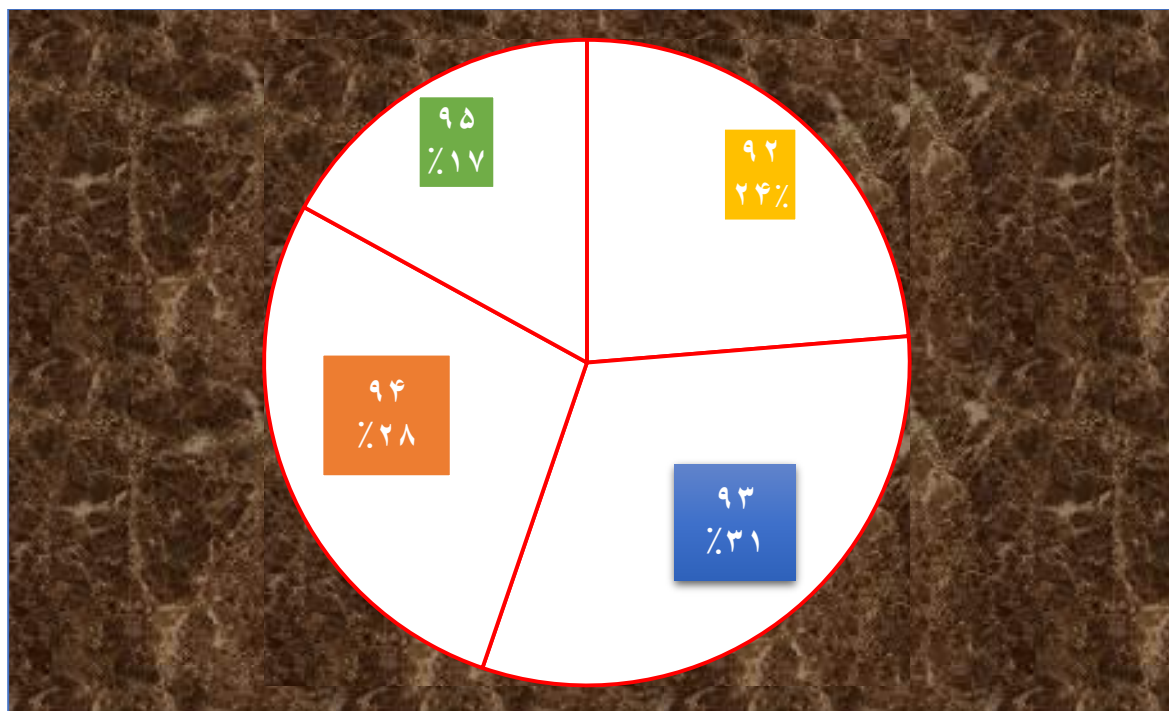
هدف از انجام این مطالعه بررسی فراوانی اقدام به خودکشی و عوامل موثر بر آن در استان قزوین بود. اطلاعات مربوط به خودکشی ۴۴۵۶ نفر از افرادی که در فاصله سالهای ۹۵-۹۲ و در استان قزوین اقدام به خودکشی کرده بودند از طریق پرسشنامه جمع آوری شد. اطلاعات مربوط به میانگین سن، فراوانی خودکشی با توجه به جنسیت، شغل، وضعیت تاهل، روش خودکشی، میزان تحصیلات، وجود یا عدم وجود بیماری پزشکی و یا روانپزشکی و مراتب تلاش برای خودکشی و نیز ارتباط شغل، وضعیت تاهل، روش خودکشی، میزان تحصیلات، وجود یا عدم وجود بیماری پزشکی و یا روانپزشکی و مراتب تلاش برای خودکشی با اقدام به خودکشی مورد آنالیز قرار گرفت و نتایج حاصل از داده های فراوانی و آنالیز رگرسیون به صورت جداول و نمودار های مجزا نمایش داده شده است.

از مجموع ۴۴۵۶ پرونده فرد اقدام کننده به خودکشی اطلاعات مربوط به ۶۷/۱٪ زن اقدام کننده به خودکشی (۲۹۸۸ مورد) و ۳۳/۹٪ مرد اقدام کننده به خودکشی (۱۴۵۲ مورد) با میانگین سنی $26/44 \pm 9/77$ (محدوده سنی ۹۰-۸ سال) و انحراف معیار ۹/۷۷۵ وارد این مطالعه شد. همچنین اطلاعات مربوط به پرسشنامه ۱۶ فرد اقدام کننده به خودکشی به دلیل ناقصی اطلاعات به عنوان داده های از دست رفته در نظر گرفته شد.

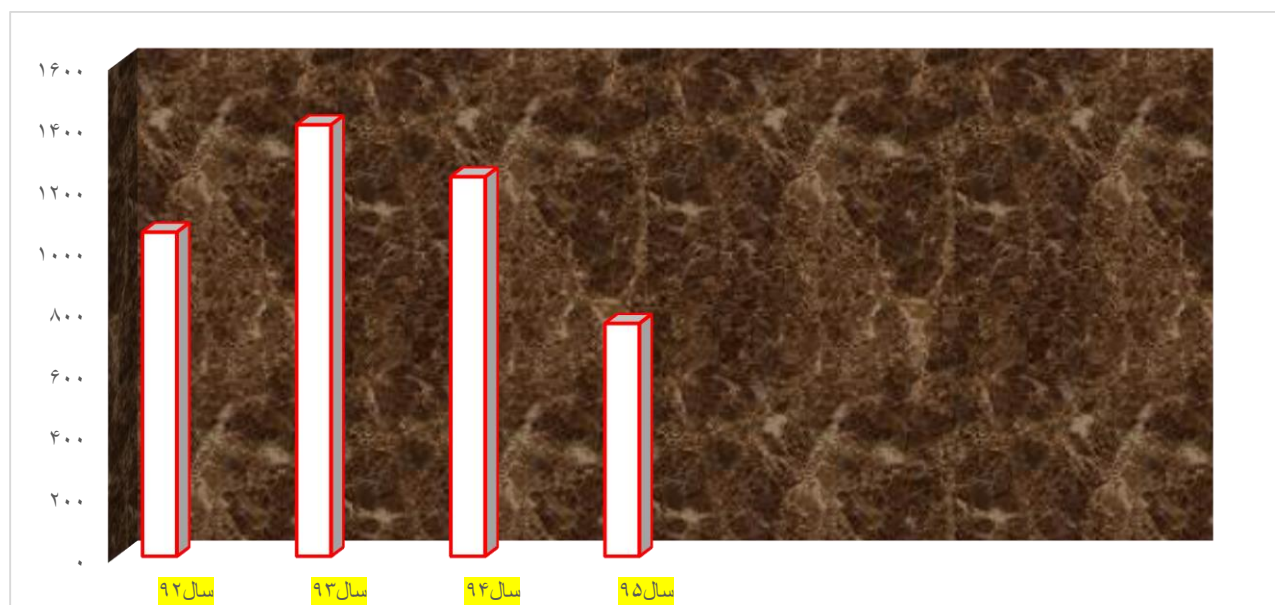
نتایج این مطالعه بیان کرد در فاصله سالهای ۹۵-۹۲ بیشترین میزان اقدام به خودکشی مربوط به سال ۹۳ می باشد. در سال ۹۳ مجموعاً ۱۴۰۱ مورد (۳۱/۶٪) اقدام به کشی در استان قزوین رخ داده بود. سالهای ۹۴ و ۹۲ به ترتیب در رتبه های بعدی از نظر فراوانی قرار گرفتند. همچنین باید به این مطلب توجه کرد که اطلاعات جمع آوری شده سال ۹۵ تا پایان ماه آذر می باشد و از طرفی اطلاعات اقدام کنندگان به خود کشی تا قبل سال ۹۲ جمع آوری نشده بود.

جدول ۴-۱ فراوانی خودکشی در فاصله سالهای ۹۵-۹۲

سال خودکشی	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
۹۲	۱۰۵۲	۱۰۵۲	۲۳/۶	۲۳/۷
۹۳	۱۴۰۱	۱۴۰۱	۳۱/۶	۵۵/۲
۹۴	۱۲۳۲	۲۷/۶	۲۷/۷	۸۳
۹۵	۷۵۵	۱۶/۹	۱۷	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار دایره ای ۱-۴ درصد فراوانی خودکشی با توجه به سال

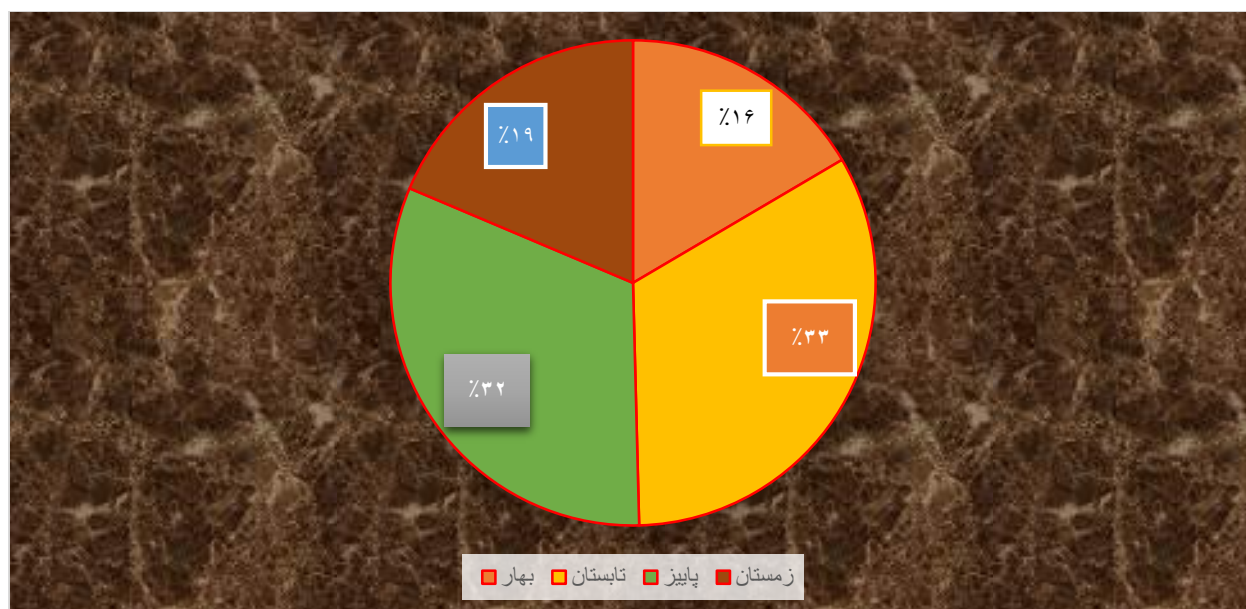


نمودار میله ای ۱-۴ فراوانی خودکشی با توجه به سال

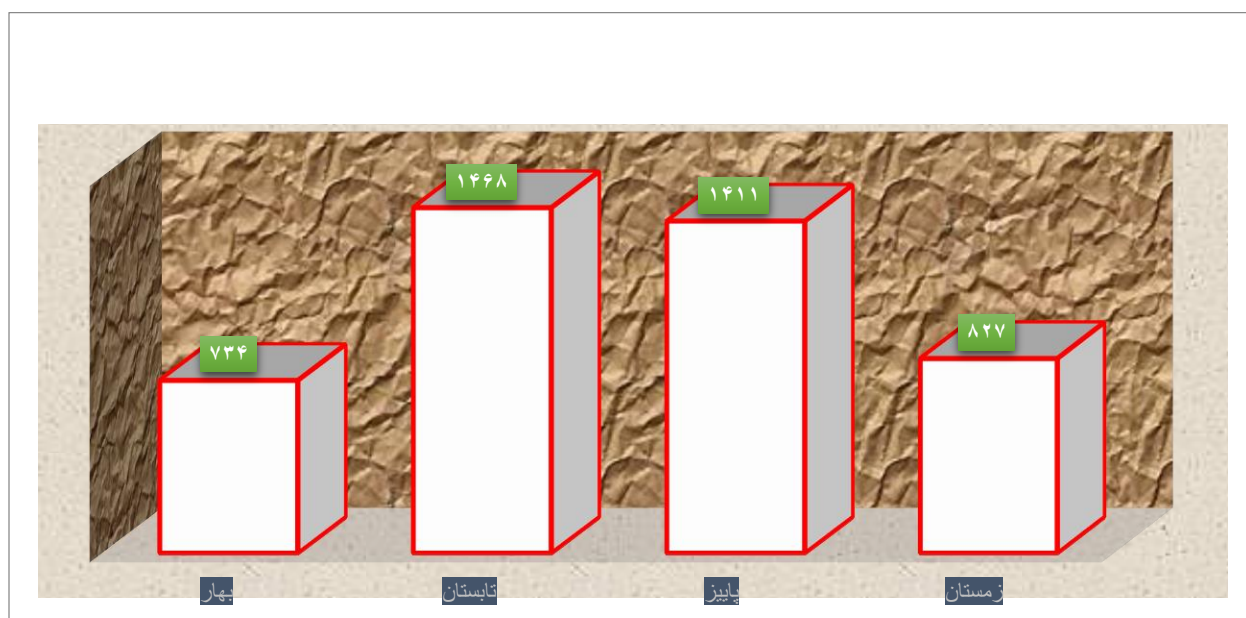
در مطالعه حاضر مشخص شد در فاصله سالهای ۹۵-۹۲ عمده موارد اقدام به خودکشی در فصل تابستان رخ می دهد (۳۲/۹٪) پس از آن و با اختلاف اندکی بیشترین موارد اقدام به خودکشی در فصل پاییز رخ می دهد (۳۱/۷٪). فصل های زمستان و بهار به ترتیب در رتبه های بعدی از نظر فراوانی اقدام به خودکشی قرار گرفتند.

جدول ۴-۲ فراوانی خودکشی در فصل های بهار تا زمستان

فصل	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
بهار	۷۳۴	۱۶/۵	۱۶/۵	۱۶/۵
تابستان	۱۴۶۸	۳۲/۹	۳۳/۱	۴۹/۶
پاییز	۱۴۱۱	۳۱/۷	۳۱/۸	۸۱/۴
زمستان	۸۲۷	۱۸/۶	۱۸/۶	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۴۴۴۰	۹۹/۶	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار دایره ای ۲-۴ درصد فراوانی خودکشی بر حسب فصل

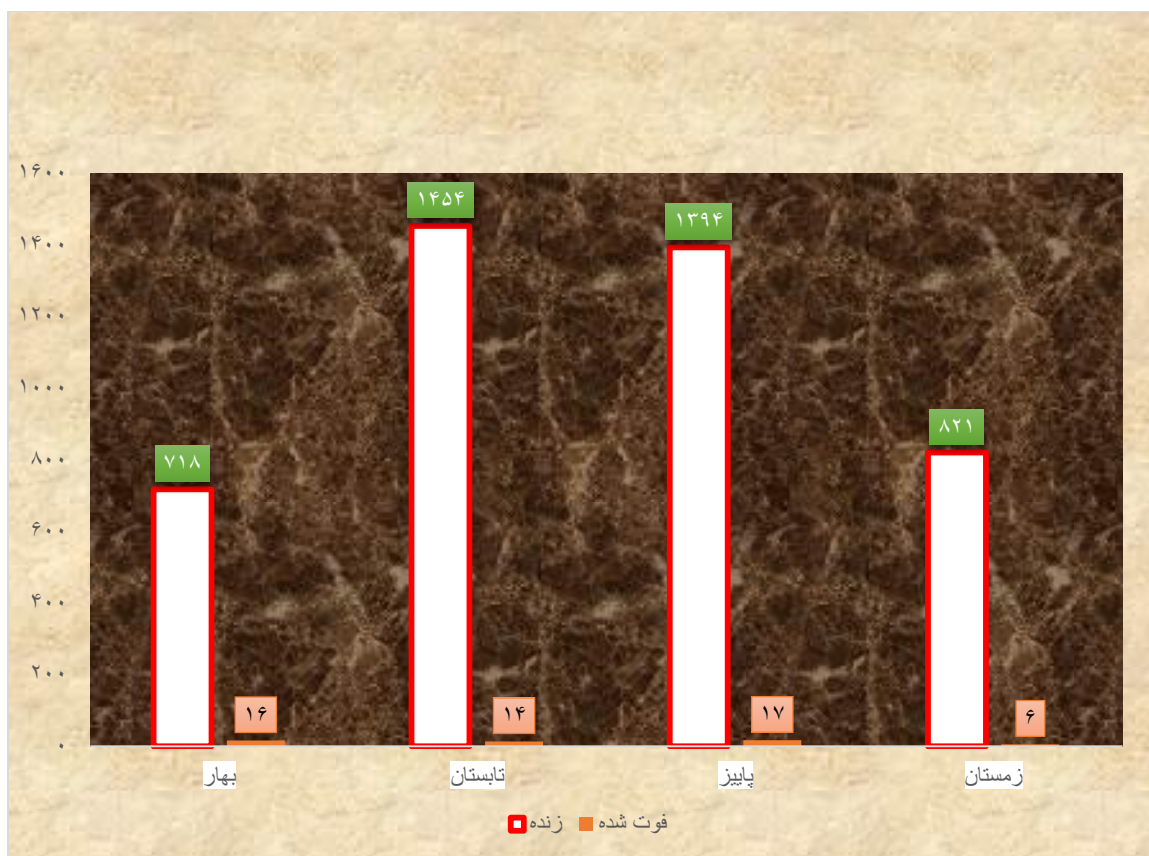


نمودار میله ای ۲-۴ فراوانی خودکشی بر حسب فصل

نتایج مطالعه حاضر نشان داد عمده موارد اقدام به خودکشی در فاصله سالهای ۹۵-۹۲ در فصل تابستان رخ میدهد؛ در فصل تابستان ۱۴۶۸ مورد اقدام به خودکشی در مجموع رخ داده بود که این تعداد شامل شامل ۱۴۵۴ مورد تلاش برای خودکشی و گزارش ۱۴ مورد خودکشی موفق بود، همچنین مشخص شد ۲۶/۴٪ تمام خودکشی های موفق مربوط به تابستان می شود، ولی عمده موارد خودکشی موفق در فصل پاییز رخ می دهد به عبارتی در فصل پاییز گزارش ۱۴۱۱ مورد اقدام به خودکشی وجود داشت که شامل ۱۳۹۴ مورد تلاش برای خودکشی و ۱۷ مورد گزارش خودکشی موفق بود؛ نکته ذکر شده به این معنی است که ۳۲/۱٪ تمام موارد خودکشی منجر به مرگ در فصل پاییز رخ می دهد. علاوه بر این مشخص شد کمترین میزان اقدام به خودکشی مربوط به فصل بهار می باشد (۱۶/۵٪) و همچنین کمترین میزان مرگ به دنبال اقدام به خودکشی مربوط به فصل زمستان می باشد. در فصل زمستان مجموعاً گزارش ۶ مورد خودکشی موفق داشتیم که این تعداد معادل ۱۱/۳٪ تمام موارد خودکشی منجر به فوت می باشد.

جدول ۳-۴ مورتالیتته و سورویوال اقدام کنندگان به خودکشی با توجه به فصل

کل	نتیجه					
	مرده	زنده				
۷۳۴	۱۶	۷۱۸	تعداد	بهار	فصل	
۱۰۰/۰	۲/۲	۹۷/۸	با فصل			
۱۶/۵	۳۰/۲	۱۶/۴	نتیجه			
۱۶/۵	۰/۴	۱۶/۲	کل			
۱۴۶۸	۱۴	۱۴۵۴	تعداد	تابستان		
۱۰۰/۰	۱/۰	۹۹/۰	با فصل			
۳۳/۱	۲۶/۴	۳۳/۱	نتیجه			
۳۳/۱	۰/۳	۳۲/۷	کل			
۱۴۱۱	۱۷	۱۳۹۴	تعداد	پاییز		
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	با فصل			
۳۱/۸	۳۲/۱	۳۱/۸	نتیجه			
۳۱/۸	۰/۴	۳۱/۴	کل			
۸۲۷	۶	۸۲۱	تعداد	زمستان		
۱۰۰/۰	۰/۷	۹۹/۳	با فصل			
۱۸/۶	۱۱/۳	۱۸/۷	نتیجه			
۱۸/۶	۰/۱	۱۸/۵	کل			
۴۴۴۰	۵۳	۴۳۸۷	تعداد	کل		
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	با فصل			
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	نتیجه			
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	کل			



نمودار میله ای ۳-۴ مورتالیته و سوریوال اقدام کنندگان به

خودکشی باتوجه به فصل

نتیجه آزمون کای اسکور ثابت کرد فصول سال به طور معناداری با میزان اقدام به خودکشی ارتباط دارند؛ به طوریکه بیشترین میزان اقدام به خودکشی در فصل تابستان و پس از آن در پاییز و زمستان رخ می دهد.

جدول ۴-۴ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و فصول سال

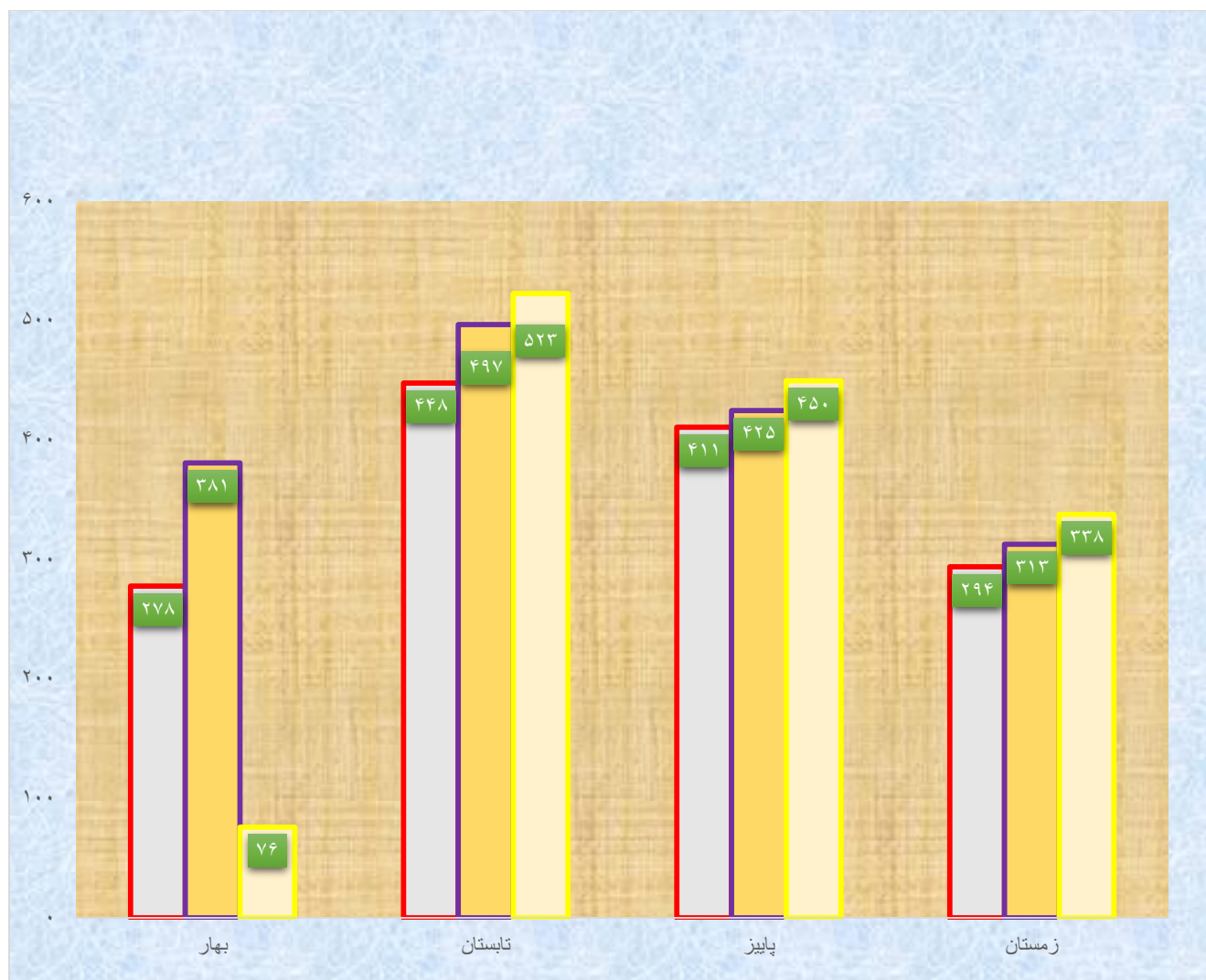
Asymp. Sig. (2-sided)	df	Value	
۰/۰۴	۳	۸/۳	Pearson Chi-Square
۰/۰۶	۳	۷/۴	Likelihood Ratio
۰/۰۳	۱	۴/۴	Linear-by-Linear Association
		۴۴۴۰	N of Valid Cases

Chi-Square Tests

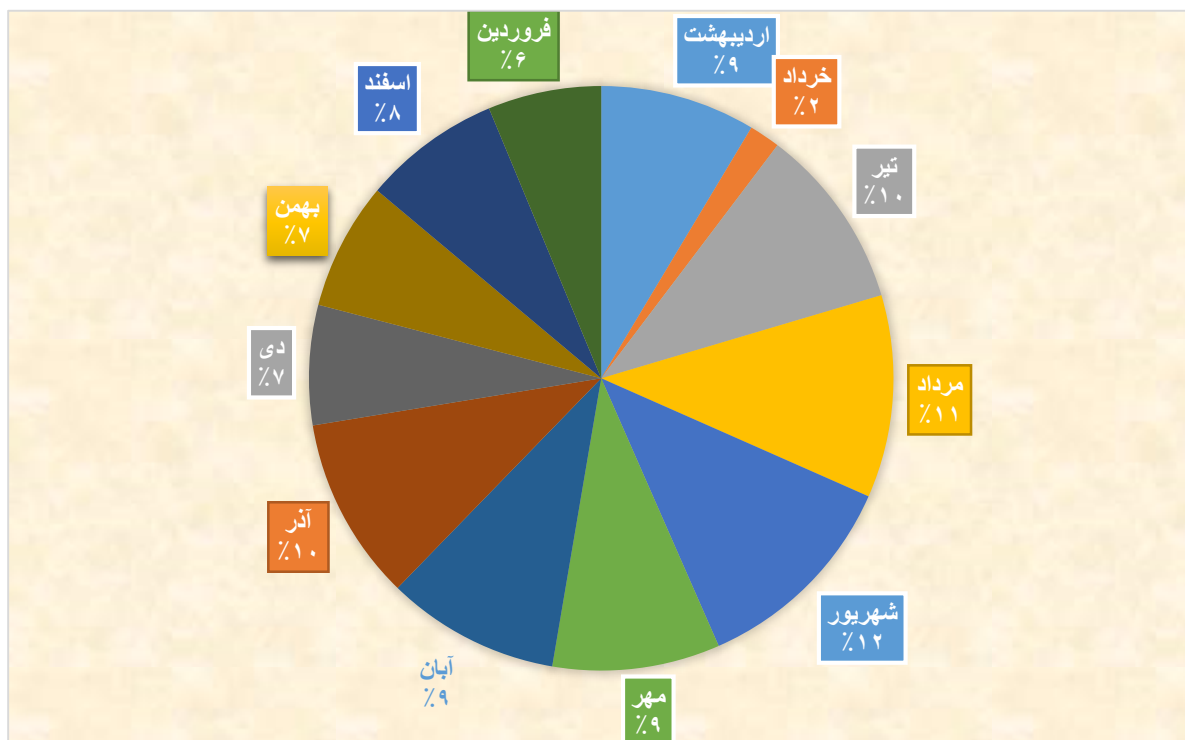
بیشترین میزان اقدام به خودکشی در ماه های شهریور (۱۱/۷٪) و مرداد (۱۱/۲٪) بود و پس از آن در آذر (۱۰/۱٪) و آبان (۹/۵٪). کمترین میزان اقدام به خودکشی نیز مربوط به خرداد (۱/۷٪)، فروردین (۶/۲٪) و اسفند (۷/۶٪) بود. اطلاعات مربوط به فراوانی سایر فصول در جدول ۴-۵ آمده است.

جدول ۴-۵ فراوانی خودکشی در ماه های فروردین تا اسفند

ماه سال	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
فروردین	۲۷۸	۶/۲	۶/۲	۶/۲
اردیبهشت	۳۸۱	۸/۶	۸/۶	۱۴/۸
خرداد	۷۶	۱/۷	۱/۷	۱۶/۶
تیر	۴۴۸	۱۰/۱	۱۰/۱	۲۶/۶
مرداد	۴۹۷	۱۱/۲	۱۱/۲	۳۷/۸
شهریور	۵۲۳	۱۱/۷	۱۱/۷	۴۹/۶
مهر	۴۱۱	۹/۴	۹/۴	۵۹/۰
آبان	۴۲۵	۹/۵	۹/۵	۶۸/۶
آذر	۴۵۰	۱۰/۱	۱۰/۱	۷۸/۷
دی	۲۹۴	۶/۶	۶/۶	۸۵/۳
بهمن	۳۱۳	۷	۷	۹۲/۴
اسفند	۳۳۸	۷/۶	۷/۶	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	۰/۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار میله ای ۴-۴ فراوانی خودکشی بر حسب ماه های سال



نمودار دایره ای ۳-۴ درصد فراوانی خودکشی بر حسب ماه های سال

جدول ۴-۶ فراوانی خودکشی بر حسب سن

سن	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	فراوانی تجمعی
۸	۳	.۱	.۱	.۱
۱۰	۳	.۱	.۱	.۱
۱۱	۵	.۱	.۱	.۲
۱۳	۱۶	.۴	.۴	.۶
۱۳	۳۴	.۸	.۸	۱/۴
۱۴	۸۷	۲	۲	۳/۳
۱۵	۱۳۰	۲/۹	۲/۹	۶/۳
۱۶	۱۷۶	۳/۹	۴	۱۰/۲
۱۷	۲۰۲	۴/۵	۴/۵	۱۴/۸
۱۸	۲۳۴	۵/۳	۵/۳	۲۰
۱۹	۲۰۹	۴/۷	۴/۷	۲۴/۸
۲۰	۲۳۵	۵/۳	۳,۵	۳۰
۲۱	۲۴۹	۵/۶	۵/۶	۳۵/۷
۲۲	۲۲۷	۵/۱	۵/۱	۴۰/۸
۲۳	۲۶۷	۶	۶	۴۶/۸
۲۴	۲۰۷	۴/۶	۴/۷	۵۱/۴
۲۵	۲۰۰	۴/۵	۴/۵	۵۵/۹
۲۶	۱۷۴	۳/۹	۳/۹	۵۹/۹
۲۷	۱۶۳	۳/۷	۳/۷	۶۳/۵
۲۸	۱۴۶	۳/۳	۳/۳	۶۶/۸

۶۹/۷	۲/۹	۲/۹	۱۲۷	۲۹
۷۳/۱	۳/۴	۳/۴	۱۵۳	۳۰
۷۵/۹	۲/۸	۲/۸	۱۲۳	۳۱
۷۸/۹	۳	۲/۹	۱۳۱	۳۲
۸۱	۲/۲	۲/۲	۹۶	۳۳
۸۳/۱	۲	۲	۹۱	۳۴
۸۵	۲	۲	۸۸	۳۵
۸۷	۲	۲	۸۹	۳۶
۸۸/۳	۱/۲	۱/۲	۵۵	۳۷
۹۰/۱	۱/۸	۱/۸	۸۰	۳۸
۹۰	.۹	.۹	۳۸	۳۹
۹۱/۸	.۸	.۸	۳۶	۴۰
۹۲/۴	.۷	.۷	۳۰	۴۱
۹۳/۲	.۸	.۸	۳۵	۴۲
۹۳/۹	.۷	.۷	۳۱	۴۳
۹۴/۵	.۶	.۶	۲۸	۴۴
۹۵/۲	.۷	.۷	۳۱	۴۵
۹۵/۸	.۴	.۵	۲۳	۴۶
۹۶/۲	.۴	.۴	۱۸	۴۷
۹۶/۹	.۴	.۴	۱۸	۴۸
۹۶/۹	.۳	.۳	۱۴	۴۹
۹۷/۱	.۲	.۲	۹	۵۰
۹۷/۳	.۲	.۲	۱۱	۵۱

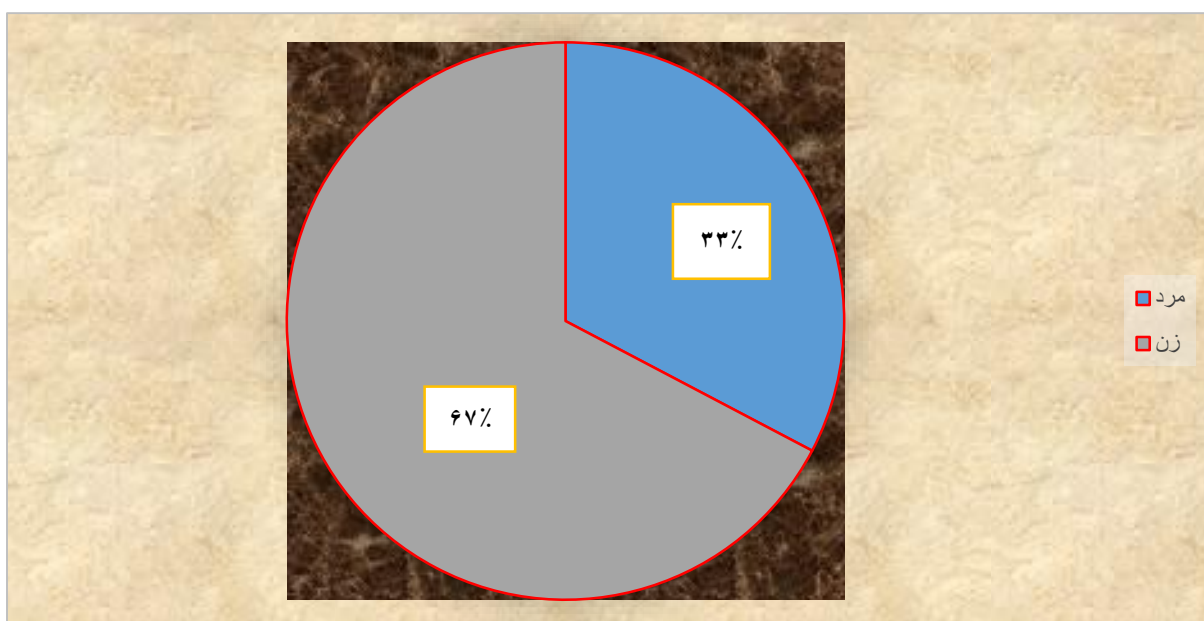
۹۷/۶	.۲	.۲	۱۱	۵۲
۹۷/۸	.۲	.۲	۸	۵۳
۹۸/۲	.۴	.۴	۱۹	۵۴
۹۸/۵	.۳	.۳	۱۵	۵۵
۹۸/۸	.۲	.۲	۱۰	۵۶
۹۸/۹	.۲	.۲	۸	۵۷
۹۹	.۰	.۰	۱	۵۸
۹۹	.۱	.۱	۳	۵۹
۹۹/۱	.۰	.۰	۲	۶۰
۹۹/۲	.۱	.۱	۴	۶۱
۹۹/۳	.۱	.۱	۵	۶۲
۹۹/۳	.۰	.۰	۲	۶۳
۹۹/۴	.۱	.۱	۳	۶۴
۹۹/۵	.۰	.۰	۱	۶۵
۹۹/۵	.۰	.۰	۱	۶۶
۹۹/۵	.۱	.۱	۳	۶۷
۹۹/۶	.۰	.۰	۱	۶۸
۹۹/۶	.۰	.۰	۱	۶۹
۹۹/۷	.۱	.۱	۴	۷۰
۹۹/۸	.۱	.۱	۴	۷۱
۹۹/۸	.۰	.۰	۱	۷۳
۹۹/۸	.۰	.۰	۱	۷۵
۹۹/۸	.۰	.۰	۱	۷۶

۹۹/۹	.۰	.۰	۱	۷۷
۹۹/۹	.۰	.۰	۲	۸۰
۹۹/۹	.۱	.۱	۳	۸۳
۱۰۰	.۰	.۰	۱	۸۶
۱۰۰	.۰	.۰	۱	۸۸
۱۰۰	.۰	.۰	۱	۹۰
	۱۰۰	۹۹/۶	۴۴۴۰	کل
		.۴	۱۶	از دست رفته
		۱۰۰	۴۴۵۶	مجموع

در مطالعه حاضر مشخص شد از مجموع ۴۴۴۰ فرد اقدام کننده به خودکشی ۶۷/۱٪ از آنها گروه زنان بودند، در حالیکه مردان درصد کمتری و در حدود ۳۳/۹٪ افراد مورد مطالعه را شامل می شدند.

جدول ۴-۷ فراوانی خودکشی در جنسیت ها

جنسیت	فراوانی	درصد	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
زن	۲۹۸۸	۶۷/۱	۶۷/۱	۶۷/۱
مرد	۱۴۵۲	۳۳/۹	۳۳/۹	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



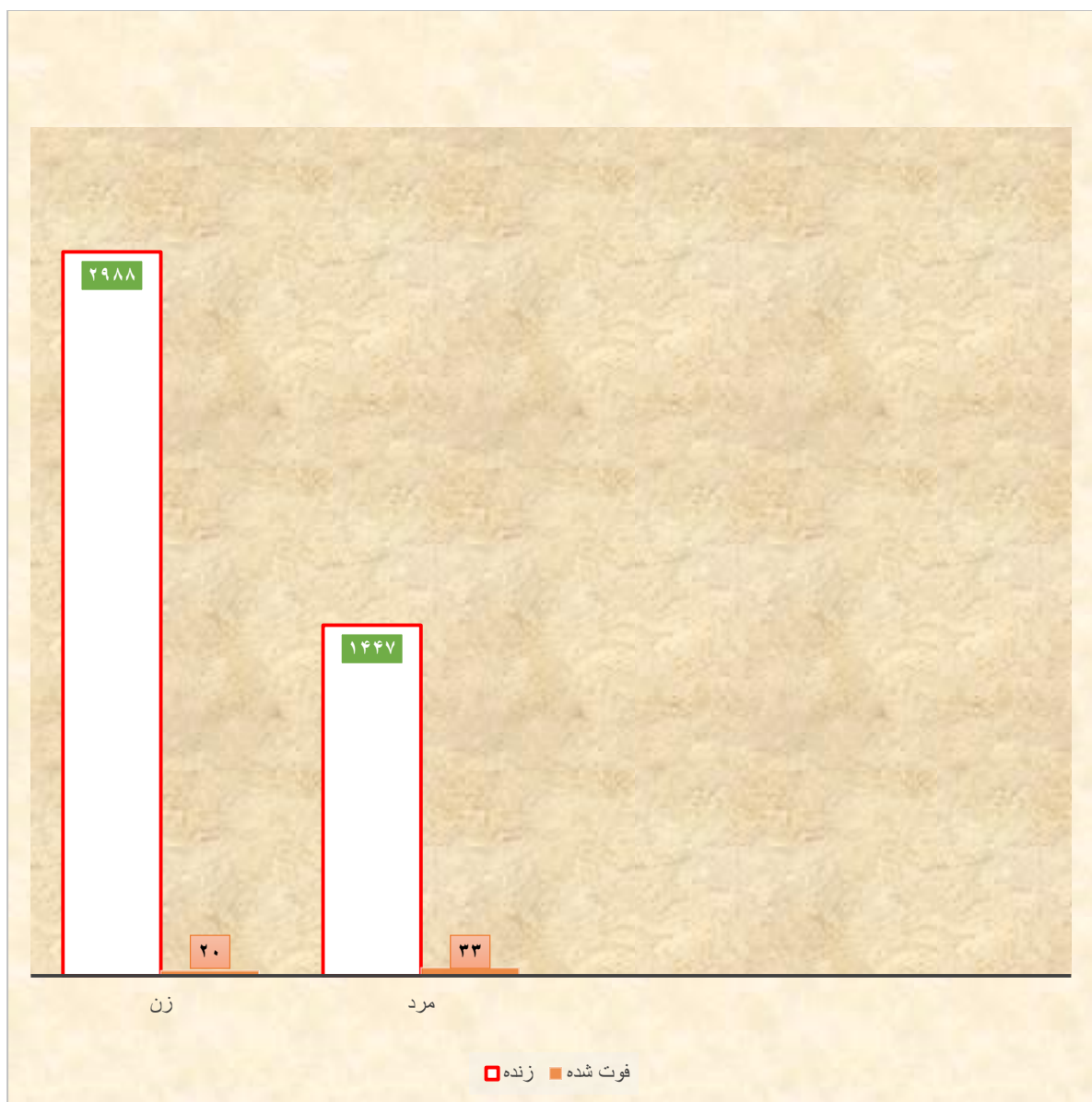
نمودار دایره ای ۴-۴ درصد فراوانی خودکشی بر حسب جنس

نتایج این تحقیق اثبات کرد اگرچه اقدام به خودکشی در میان زنان شایعتر است (۶۷٪ کل موارد) ولی میزان خودکشی موفق در میان مردان بیشتر است به طوریکه در پژوهش حاضر مشخص شد ۳۷/۷٪ موارد خودکشی منجر به مرگ را زنان شامل می شدند، این در حالی است که در گروه مردان موارد خودکشی موفق با اختلاف واضحی و حدود ۶۲/۳٪ موارد را شامل می شد. همچنین مشخص شد از مجموع ۴۴۴۰ فردیکه اقدام به خودکشی کرده بودند ۵۳ نفر آنها (۱/۲٪) خودکشی موفق داشتند.

جدول ۴-۸ فراوانی مورتالیتته و سورویوال اقدام کنندگان به خودکشی

باتوجه به جنس

کل	نتیجه					
	مرد	زن				
۲۹۸۸	۲۰	۲۹۶۸	تعداد	زن	جنس	
۱۰۰/۰	۰/۷	۹۹/۳	با جنس			
۶۷/۳	۳۷/۷	۶۷/۷	نتیجه			
۶۷/۳	۰/۵	۶۶/۸	کل			
۱۴۴۷	۳۳	۱۴۱۴	تعداد	مرد		
۱۰۰/۰	۲/۳	۹۷/۷	با جنس			
۳۲/۶	۶۲/۳	۳۲/۲	نتیجه			
۳۲/۶	۰/۷	۳۱/۸	کل			
۴۴۴۰	۵۳	۴۳۸۷	تعداد	کل		
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	با جنس			
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	نتیجه			
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	کل			



نمودار میله ای ۴-۵ فراوانی خودکشی و مرگ ناشی از آن با توجه به جنسیت

نتایج آزمون کای اسکور نشان داد اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن به طور معناداری با جنسیت در ارتباط است؛ به طوریکه اقدام به خودکشی در میان زنان شایعتر است ولی میزان خودکشی موفق در میان مردان بیشتر است همچنین نتایج این آزمون ثابت کرد موارد خودکشی موفق در گروه مردان به طور معناداری بیش از گروه زنان است.

جدول ۴-۹ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و جنسیت

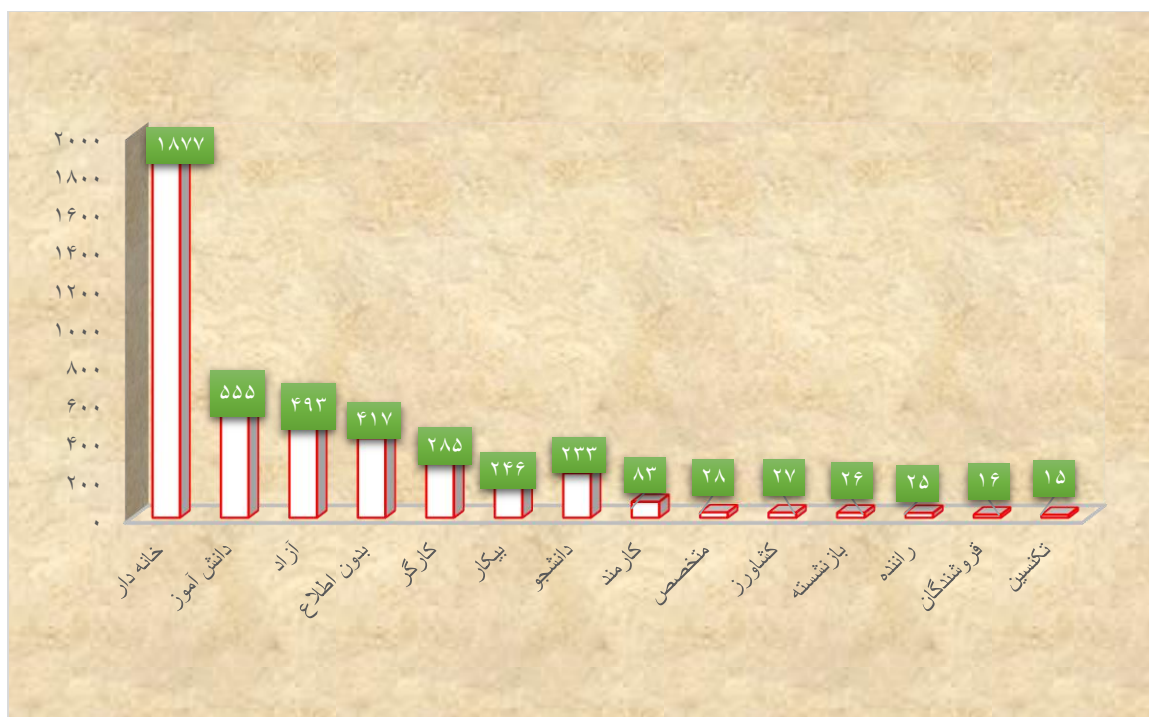
Asymp. Sig. (2-sided)	df	Value	
۰/۰	۴	۲۱/۵	Pearson Chi-Square
۰/۰	۴	۱۹/۸	Likelihood Ratio
۰/۰	۱	۱۶/۸	Linear-by-Linear Association
		۴۴۴۰	N of Valid Cases

Chi-Square Tests

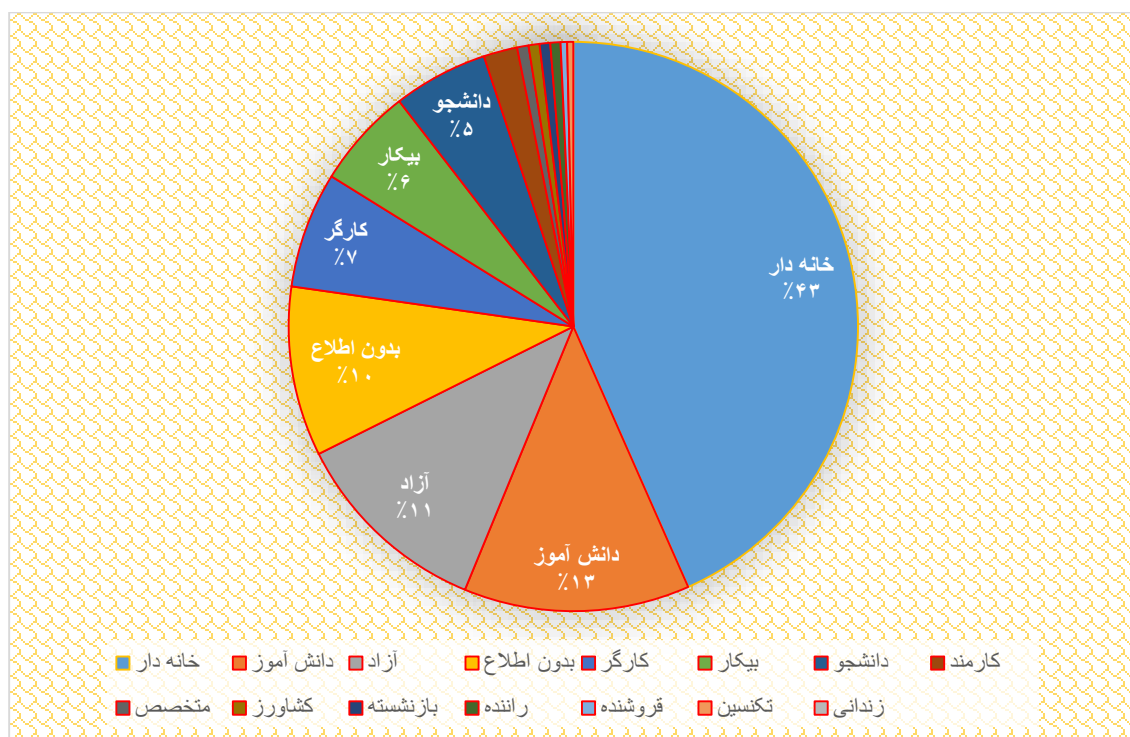
درمیان اقدام کنندگان به خودکشی زنان خانه دار بیشترین گروه را شامل می شدند (۴۲/۱٪ افراد مورد مطالعه)، در رتبه دوم اقدام کنندگان به خودکشی دانش آموزان قرار داشتند (۱۲/۵٪ افراد مورد مطالعه) در گروه سوم نیز افراد با شغل آزاد قرار داشتند (۱۱/۱٪ افراد مورد مطالعه)، اطلاعات شغلی ۹/۲٪ از اقدام کنندگان به خودکشی بنا به دلایل مختلف از قبیل نداشتن همراه وارجاع به بیمارستان توسط همکاران اورژانس یا سایر افراد یا عدم درج در برگه شرح حال اورژانس (سهل انگاری، نبود فرصت کافی وزمان حیاتی جهت احیا بیمار و یا دلایل فوق)در دسترس نبود.گروه دانشجویان نیز با ۵/۲٪ فراوانی پنجمین گروه شایع از نظر فراوانی بود.کمترین میزان اقدام به خودکشی نیز به گروه های افراد دارای منسب های سیاسی (۰.۲٪)،گروه تکنسین (۰.۳٪)و صنعت گران (۰.۳٪) مربوط می شد.

جدول ۴-۱۰ فراوانی خودکشی در شغل ها

شغل	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
بدون اطلاع	۴۱۷	۹/۲	۹/۳	۹/۳
مقامات	۹	.۲	.۲	۹/۵
متخصص	۲۸	.۶	.۶	۱۰/۱
تکنسین	۱۵	.۳	.۳	۱۰/۵
کارمند	۸۳	۱/۹	۱/۹	۱۲/۳
فروشنده	۱۶	.۴	.۴	۱۲/۷
کشاورزان	۲۷	.۶	.۶	۱۳/۳
صنعت گران	۱۲	.۳	.۳	۱۳/۶
راننده	۲۵	.۶	.۶	۱۴/۱
کارگر	۲۸۵	۶/۴	۶/۴	۲۰/۵
نظامی	۸۱	۱/۸	۱/۸	۲۲/۴
خانه دار	۱۸۷۷	۴۲/۱	۴۲/۳	۶۴/۶
دانش آوز	۵۵۵	۱۲/۵	۱۲/۵	۷۷/۲
دانشجو	۲۳۳	۵/۲	۵/۲	۸۲/۴
آزاد	۴۹۳	۱۱/۱	۱۱/۱	۹۳/۵
بیکار	۲۴۶	۵/۵	۵/۵	۹۹
بازنشسته	۲۶	.۶	.۶	۹۹/۶
زندانی	۱۲	.۳	.۴	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار میله ای ۴-۶ فراوانی خودکشی بر حسب شغل



نمودار دایره ای ۴-۵ درصد فراوانی خودکشی بر حسب شغل

بررسی ارتباط اقدام به خودکشی و شغل افراد ثابت کرد از مجموع ۴۴۴۰ مورد اقدام به خودکشی تعداد ۹ نفر از این افراد دارای منسب های سیاسی بودند (۲٪) که در این گروه خودکشی منجر به مرگ نداشتیم. متخصصین از قبیل پزشکان، دندانپزشکان داروسازان و دانشجویان این رشته ها ۶٪ موارد اقدام به خودکشی را شامل می شدند؛ در این گروه نیز مورد خودکشی موفق نداشتیم. در گروه های تکنسین و کارمند به ترتیب ۱۵ و ۸۳ مورد اقدام به خودکشی گزارش شده بود (۳٪ و ۱/۹٪ به ترتیب) و در هر دو گروه موردی از خودکشی موفق نداشتیم. در گروه های صنعت گران و رانندگان (۳٪ و ۶٪ به ترتیب از نظر فراوانی) گزارشی از خودکشی منجر به مرگ نداشتیم. در گروه کشاورزان گزارش ۲ مورد مرگ ناشی از خودکشی داشتیم (۳/۸٪ کل مرگ ها). گروه کارگران ۶/۲٪ افراد مورد مطالعه را شامل می شدند که با گزارش ۹ مورد خودکشی موفق ۱۷/۰٪ موارد مرگ ها را شامل می شدند. در گروه نیروهای مسلح و افراد نظامی از میان ۸۰ فردیکه اقدام به خودکشی کرده بودند (عمدتا افرادیکه دوران خدمت سربازی خویش را سپری می کردند) تنها یک مورد گزارش خودکشی موفق داشتیم (۱/۹٪ موارد منجر به مرگ). گروه زنان خانه دار که ۴۲/۰٪ افراد مطالعه را شامل می شدند گزارش ۱۴ مورد خودکشی موفق را (۲۶/۴٪) داشتند. در گروه دانش آموزان و دانشجویان به ترتیب ۴ و ۲ مورد مرگ ناشی از خودکشی وجود داشت (۷/۵٪ و ۳/۸٪ به ترتیب از نظر فراوانی). افرادیکه شغل آزاد داشتند با گزارش ۵ مورد اقدام به خودکشی ۹/۴٪ مرگ ها را به خود اختصاص داده بودند. میزان مرگ در گروه افراد بیکار نیز ۱۱/۳٪ گزارش شده بود.

جدول ۴-۱۱ فراوانی مورتالیته و سورویوال اقدام کنندگان به خودکشی

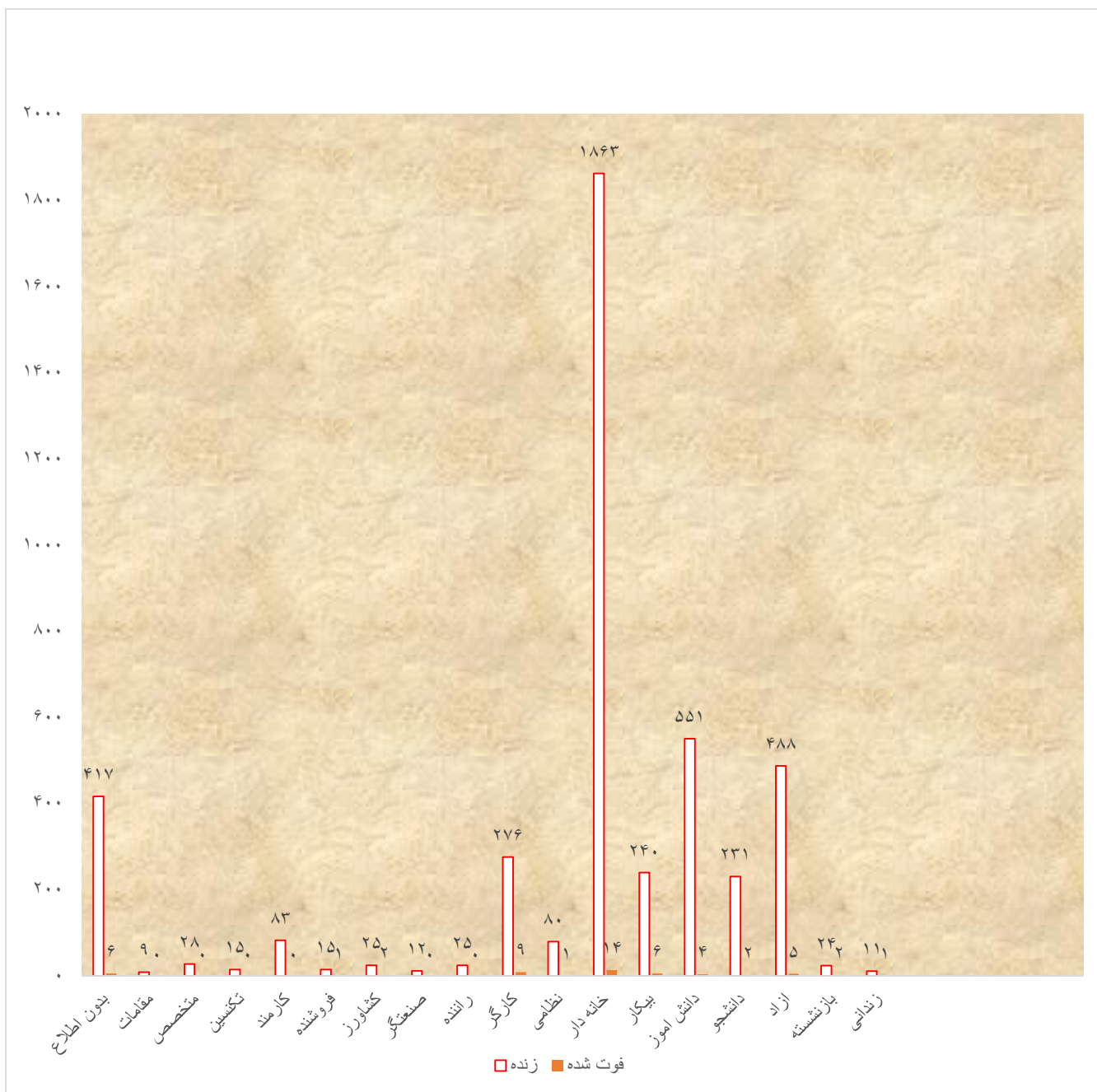
باتوجه به شغل

کل	نتیجه				
	مرد	زن			
۴۱۲	۶	۴۰۶	تعداد	بدون اطلاع	شغل
۱۰۰/۰	۱/۵	۹۸/۵	با شغل		
۹/۳	۱۱/۳	۹/۳	نتیجه		
۹/۳	۰/۱	۹/۱	کل		
۹	۰	۹	تعداد	مقامات	
۱۰۰/۰	۰/۰	۱۰۰/۰	با شغل		
۰/۲	۰/۰	۰/۲	نتیجه		
۰/۲	۰/۰	۰/۲	کل		
۲۸	۰	۲۸	تعداد	متخصص	
۱۰۰/۰	۰/۰	۱۰۰/۰	با شغل		
۰/۶	۰/۰	۰/۶	نتیجه		
۰/۶	۰/۰	۰/۶	کل		
۱۵	۰	۱۵	تعداد	تکنسین	
۱۰۰/۰	۰/۰	۱۰۰/۰	با شغل		
۰/۳	۰/۰	۰/۳	نتیجه		
۰/۳	۰/۰	۰/۳	کل		
۸۳	۰	۸۳	تعداد	کارمند	
۱۰۰/۰	۰/۰	۱۰۰/۰	با شغل		

۱/۹	۰/۰	۱/۹	نتیجه	فروشنده
۱/۹	۰/۰	۱/۹	کل	
۱۶	۱	۱۵	تعداد	
۱۰۰/۰	۶/۳	۹۳/۸	با شغل	
۰/۴	۱/۹	۰/۳	نتیجه	
۰/۴	۰/۰	۰/۳	کل	
۲۷	۲	۲۵	تعداد	کشاورز
۱۰۰/۰	۷/۴	۹۲/۶	با شغل	
۰/۶	۳/۸	۰/۶	نتیجه	
۰/۶	۰/۰	۰/۶	کل	
۱۲	۰	۱۲	تعداد	صنعتگر
۱۰۰/۰	۰/۰	۱۰۰/۰	با شغل	
۰/۳	۰/۰	۰/۳	نتیجه	
۰/۳	۰/۰	۰/۳	کل	
۲۵	۰	۲۵	تعداد	راننده
۱۰۰/۰	۰/۰	۱۰۰/۰	با شغل	
۰/۶	۰/۰	۰/۶	نتیجه	
۰/۶	۰/۰	۰/۶	کل	
۲۸۵	۹	۲۷۶	تعداد	کارگر
۱۰۰/۰	۳/۲	۹۶/۸	با شغل	
۶/۴	۱۷/۰	۶/۳	نتیجه	
۶/۴	۰/۲	۶/۲	کل	
۸۱	۱	۸۰	تعداد	نظامی

۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	با شغل		
۱/۸	۱/۹	۱/۸	نتیجه		
۱/۸	۰/۰	۱/۸	کل		
۱۸۷۷	۱۴	۱۸۶۸	تعداد		
۱۰۰/۰	۰/۷	۹۹/۳	با شغل	خانه دار	
۴۲/۳	۲۶/۴	۴۲/۵	نتیجه		
۴۲/۳	۰/۳	۴۲/۰	کل		
۵۵۵	۴	۵۵۲	تعداد		
۱۰۰/۰	۰/۷	۹۹/۳	با شغل	دانش آموز	
۱۲/۵	۷/۵	۱۲/۶	نتیجه		
۱۲/۵	۰/۱	۱۲/۴	کل		
۲۳۳	۲	۲۳۱	تعداد		
۱۰۰/۰	۰/۹	۹۹/۱	با شغل	دانشجو	
۵/۲	۳/۸	۵/۳	نتیجه		
۵/۲	۰/۰	۵/۲	کل		
۴۹۳	۵	۴۸۸	تعداد		
۱۰۰/۰	۱/۰	۹۹/۰	با شغل	آزاد	
۱۱/۱	۹/۴	۱۱/۱	نتیجه		
۱۱/۱	۰/۱	۱۱/۰	کل		
۲۴۵	۶	۲۳۹	تعداد		
۱۰۰/۰	۲/۴	۹۷/۶	با شغل	بیکار	
۵/۵	۱۱/۳	۵/۴	نتیجه		
۵/۵	۰/۱	۵/۴	کل		

۲۶	۲	۲۴	تعداد	بازنشسته	
۱۰۰/۰	۷/۷	۹۲/۳	با شغل		
۰/۶	۳/۸	۰/۵	نتیجه		
۰/۶	۰/۰	۰/۵	کل		
۱۲	۱	۱۱	تعداد	زندانی	
۱۰۰/۰	۸/۳	۹۱/۷	با شغل		
۰/۳	۱/۹	۰/۳	نتیجه		
۰/۳	۰/۰	۰/۲	کل		
۴۴۴۰	۵۳	۴۳۸۷	تعداد	کل	
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	با شغل		
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	نتیجه		
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	کل		



نمودار میله ای ۴-۷ فراوانی میزان اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از

آن با توجه به شغل

نتیجه آزمون کای اسکور نشان داد میزان اقدام به خودکشی به طور معناداری با شغل افراد مرتبط می باشد؛ به طوریکه مشخص بیشترین میزان اقدام به خودکشی در میان زنان خانه دار رخ می دهد و پس از آن دانش آموزان بالاترین آمار خودکشی را به خود اختصاص می دهند. همچنین مشخص شد افراد دارای منسب های سیاسی و گروه های متخصصان، کشاورزان و فروشندگان کمترین میزان اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده اند.

جدول ۴-۱۱ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و شغل افراد

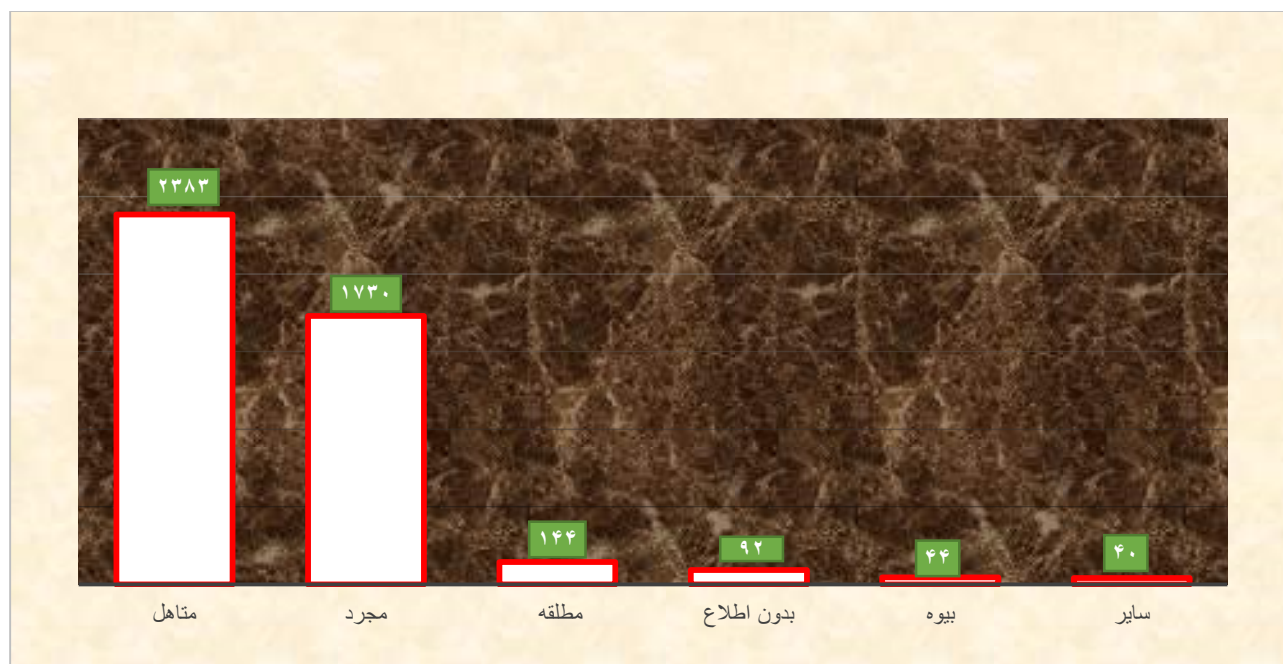
Asymp. Sig. (2-sided)	df	Value	
۰/۰۰۲	۲۲	۴۶/۳	Pearson Chi-Square
۰/۰۹۷	۲۲	۳۰/۹	Likelihood Ratio
۰/۸۷۸	۱	۰/۰۲	Linear-by-Linear Association
		۴۴۴۰	N of Valid Cases

Chi-Square Test

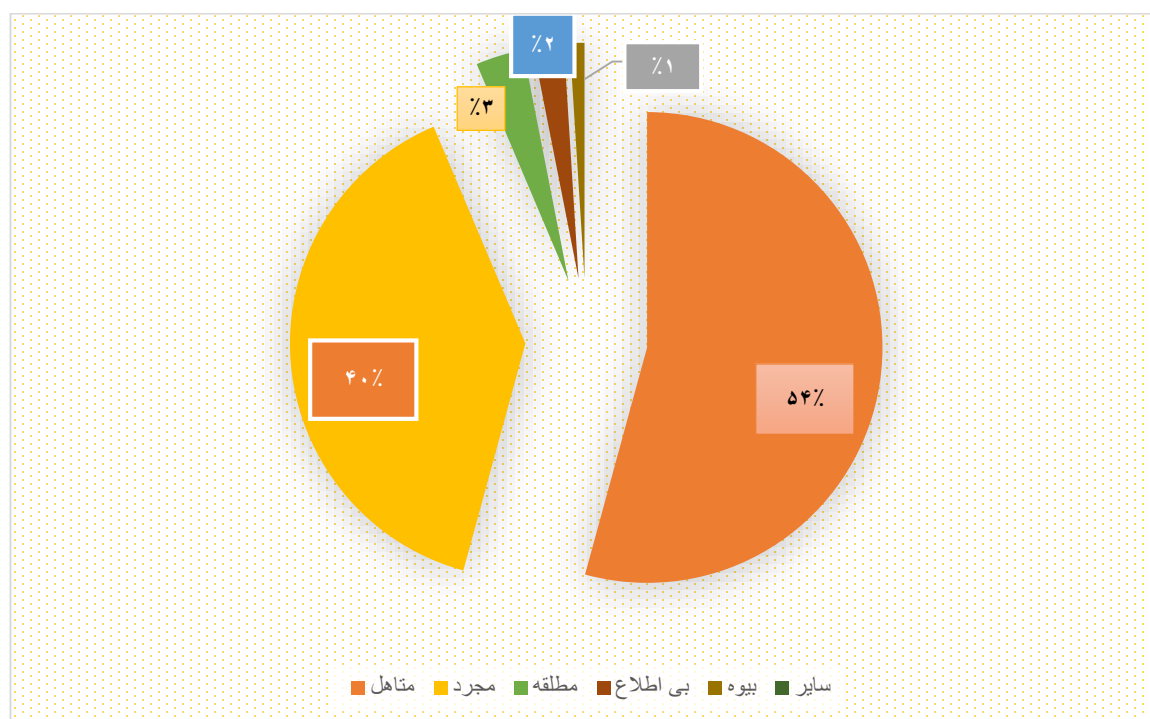
در این مطالعه مشخص شد ۵۳/۵٪ از اقدام کنندگان به خود کشی متاهل هستند. ۳۸/۸٪ افراد مورد مطالعه مجرد بودند. وضعیت تاهل ۲/۲٪ از افراد در دسترس نبود. گروههای مطلقه، بیوه و سایر (نامزد، در حال جد شدن و صیغه عقد موقت) در رتبه های بعدی از نظر فراوانی اقدام به خود کشی قرار داشتند.

جدول ۴-۱۲ فراوانی خودکشی و وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
بدون اطلاع	۹۲	۲/۲	۲/۲	۱/۹
مجرد	۱۷۳۰	۳۸/۸	۳۹	۴۰/۹
متاهل	۲۳۸۳	۵۳/۵	۵۳/۷	۹۴/۵
مطلقه	۱۴۴	۳/۲	۳/۲	۹۷/۸
بیوه	۴۴	۱	۱	۹۸/۸
سایر	۴۰	۱/۲	۱/۲	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار میله ای ۴-۸ فراوانی خودکشی بر حسب وضعیت تاهل



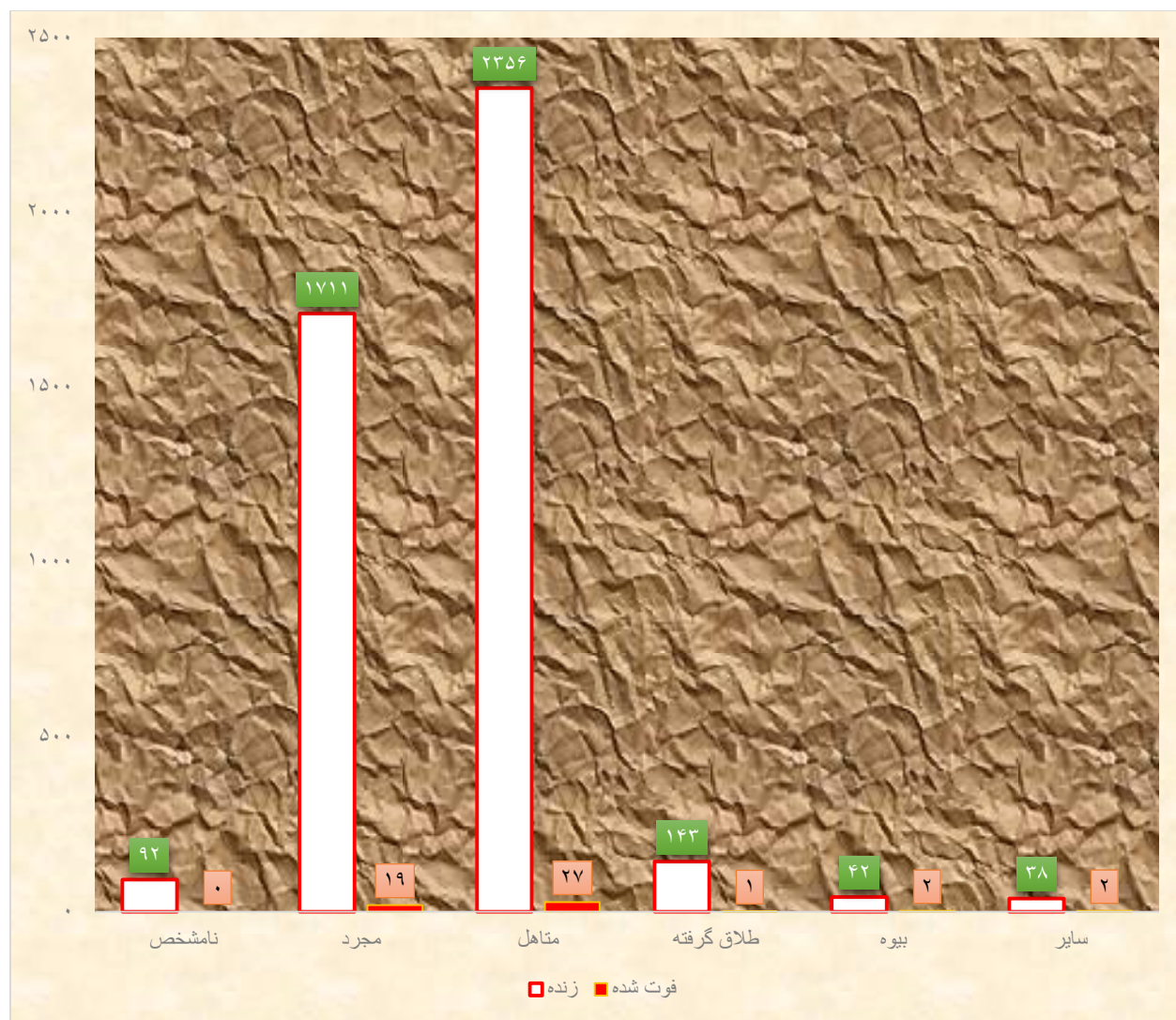
نمودار دایره ای ۴-۶ درصد فراوانی خودکشی بر حسب وضعیت تاهل

نتایج پرونده ۴۴۴۰ اقدام کننده به خود کشی نشان داد وضعیت تاهل ۹۲ نفر از افراد (۲/۱٪) نا مشخص بود که در این گروه موردی از مرگ به دنبال خودکشی گزارش نشده بود. در گروه مجردین که ۳۹/۰٪ افراد مورد مطالعه را شامل می شدند ۱۹ مورد خودکشی موفق گزارش شده بود که این تعداد مجموعاً ۳۵/۸٪ موارد مرگ ها را شامل می شود. از طرفی در گروه متاهلین که ۵۳/۷٪ افراد مورد مطالعه را شامل می شدند (۲۳۵۶ نفر) مجموعاً گزارش ۲۷ مورد خودکشی موفق گزارش شده بود که این تعداد مرگ ۵۹/۹٪ تمامی مرگ ها را شامل می شود. در هر یک از گروه های افراد طلاق گرفته و بیوه به ترتیب گزارش یک مورد (۰/۷٪) و دو مورد (۲/۸٪) مرگ داشتیم. در گروه سایر موارد شامل مواردیکه به تازگی نامزد کرده بودند، به تازگی قصد جدا شدن از یکدیگر داشتند و صیغه عقد موقت) گزارش ۲ مورد خودکشی وجود داشت که این تعداد ۳/۸٪ کل موارد منجر به مرگ را شامل می شدند.

جدول ۴-۱۳ فراوانی مورتالیت و سورویوال اقدام کنندگان به خودکشی
باتوجه به وضعیت تاهل

کل	نتیجه				
	مرد	زن			
۹۲	۰	۹۲	تعداد	نامشخص	تاهل
۱۰۰/۰	۰	۱۰۰/ ۰	با تاهل		
۲/۱	۰	۲/۱	نتیجه		
۲/۱	۰	۲/۱	کل		
۱۷۳۰	۱۹	۱۷۱۱	تعداد	مجرد	
۱۰۰/۰	۱/۱	۹۸/۹	با تاهل		
۳۹/۰	۳۵/۸	۳۹/۰	نتیجه		
۳۹/۰	۰/۴	۳۸/۵	کل		
۲۳۸۳	۲۷	۲۳۵۶	تعداد	متاهل	
۱۰۰/۰	۱/۱	۹۸/۹	با تاهل		
۵۳/۷	۵۰/۹	۵۳/۷	نتیجه		
۵۳/ ۷	۰,۶	۵۳/۱	کل		
۱۴۴	۱	۱۴۳	تعداد	طلاق گرفته	
۱۰۰/۰	۰/۷	۹۹/۳	با تاهل		
۳/۲	۱/۹	۳/۳	نتیجه		
۳/۲	۰/۰	۳/۲	کل		
۴۴	۲	۴۲	تعداد	بیوه	
۱۰۰/۰	۴/۵	۹۵/۵	با تاهل		
۱/۰	۳/۸	۱/۰	نتیجه		

۱/۰	۰/۰	۰/۹	کل		
۴۰	۲	۳۸	تعداد	سایر	
۱۰۰/۰	۵/۰	۹۵/۰	با تاهل		
۰/۹	۳/۸	۰/۹	نتیجه		
۰/۹	۰/۰	۰/۹	کل		
۴۴۴۰	۵۳	۴۳۸۷	تعداد	کل	
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	با تاهل		
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	نتیجه		
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	کل		



نمودار میله ای ۴-۹ فراوانی مورثالیه و سوریوال اقدام کنندگان به
خودکشی باتوجه به وضعیت تاهل

نتیجه آزمون کای اسکور ثابت کرد میزان اقدام به خودکشی و همچنین مرگ ناشی از آن به طور معناداری به وضعیت تاهل وابسته می باشد؛ به طوریکه عمده موارد اقدام به خودکشی و نیز مرگ ناشی از آن در گروه متاهلین رخ می دهد و پس از آن به ترتیب در گروه های مجردین و طلاق گرفته بیشترین میزان اقدام به خودکشی مشاهده می شود.

جدول ۴-۱۴ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و شغل افراد

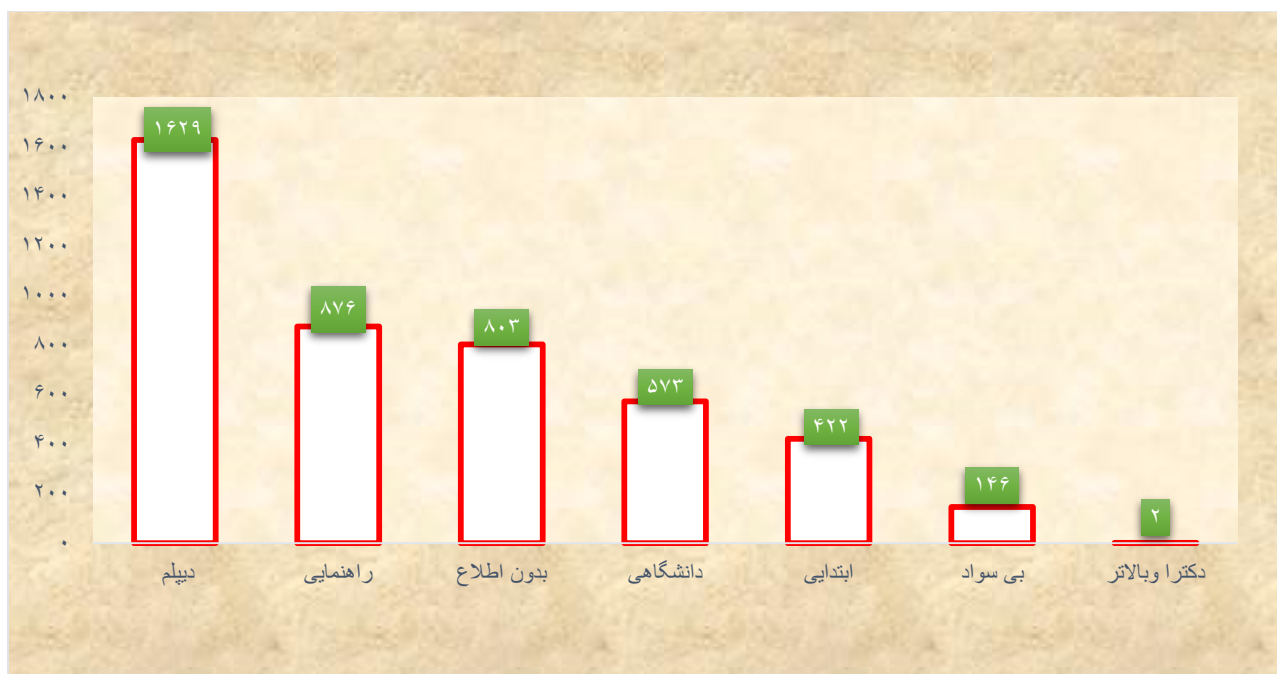
Asymp. Sig. (2-sided)	df	Value	
۰/۰۰	۱۰	۵۵/۲۱	Pearson Chi-Square
۰/۰۶۵	۱۰	۱۷/۴۳	Likelihood Ratio
۰/۰۰۳	۱	۸/۵۸	Linear-by-Linear Association
		۴۴۴۰	N of Valid Cases

Chi-Square Tests

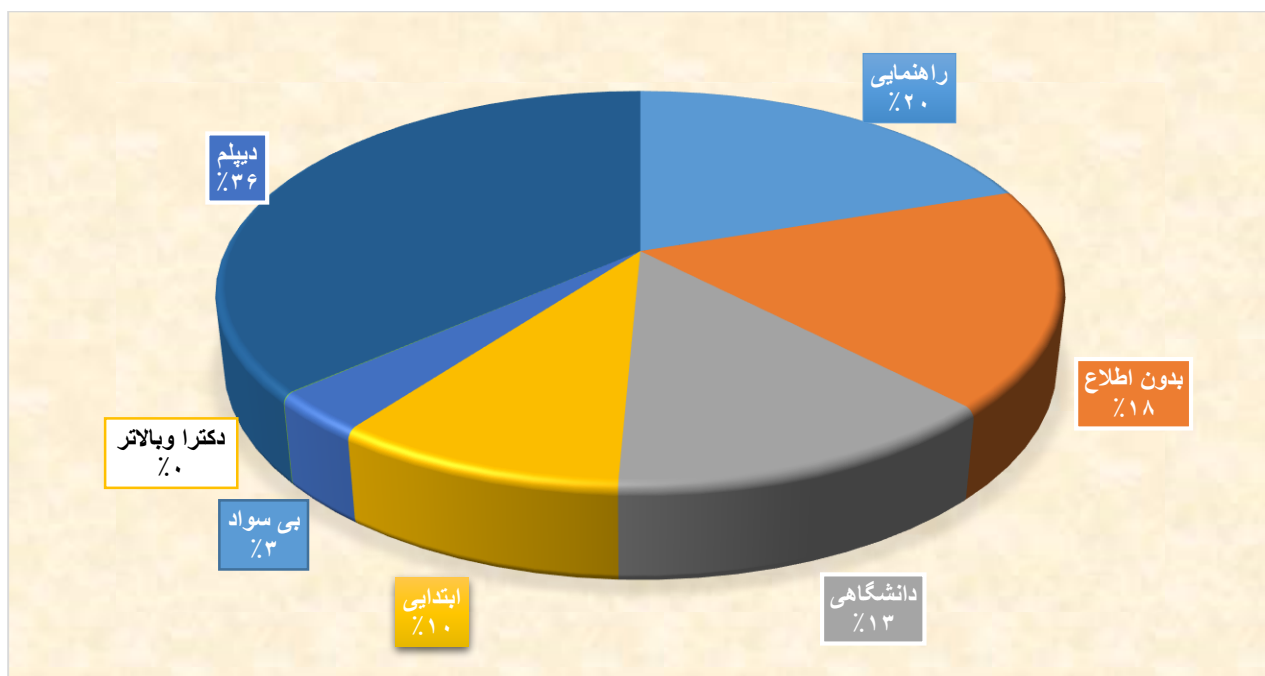
در این مطالعه مشخص شد میزان تحصیلات عمده اقدام کنندگان به خودکشی دیپلم یا کمتر از آن می باشد به طوریکه میزان تحصیلات ۳۶/۶٪ از نمونه ها دیپلم بود. اطلاعات ۱۷/۹٪ افراد در دسترس نبود و ۱۹/۷٪ از افراد تا میزان راهنمایی تحصیل کرده بودند. اطلاعات تحصیلی سایر بیماران در جدول ۱۵-۴ ارایه شده است.

جدول ۴-۱۵ فراوانی خودکشی و تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
بدون اطلاع	۸۰۳	۱۷/۹	۱۷/۹	۱۷/۹
بی سواد	۱۴۶	۳/۳	۳/۳	۲۱/۱
ابتدایی	۴۱۱	۹/۲	۹/۳	۳۰/۳
راهنمایی	۸۷۶	۱۹/۷	۱۹/۷	۵۰
دیپلم	۱۶۲۹	۳۶/۶	۳۶/۶	۸۶/۷
دانشگاهی	۵۷۳	۱۲/۹	۱۲/۹	۹۹/۶
دکتر و بالاتر	۲	۲	.۴	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار میله ای ۴-۱۰ فراوانی خودکشی بر حسب میزان تحصیلات



نمودار دایره ای ۴-۷ درصد فراوانی خودکشی بر حسب میزان تحصیلات

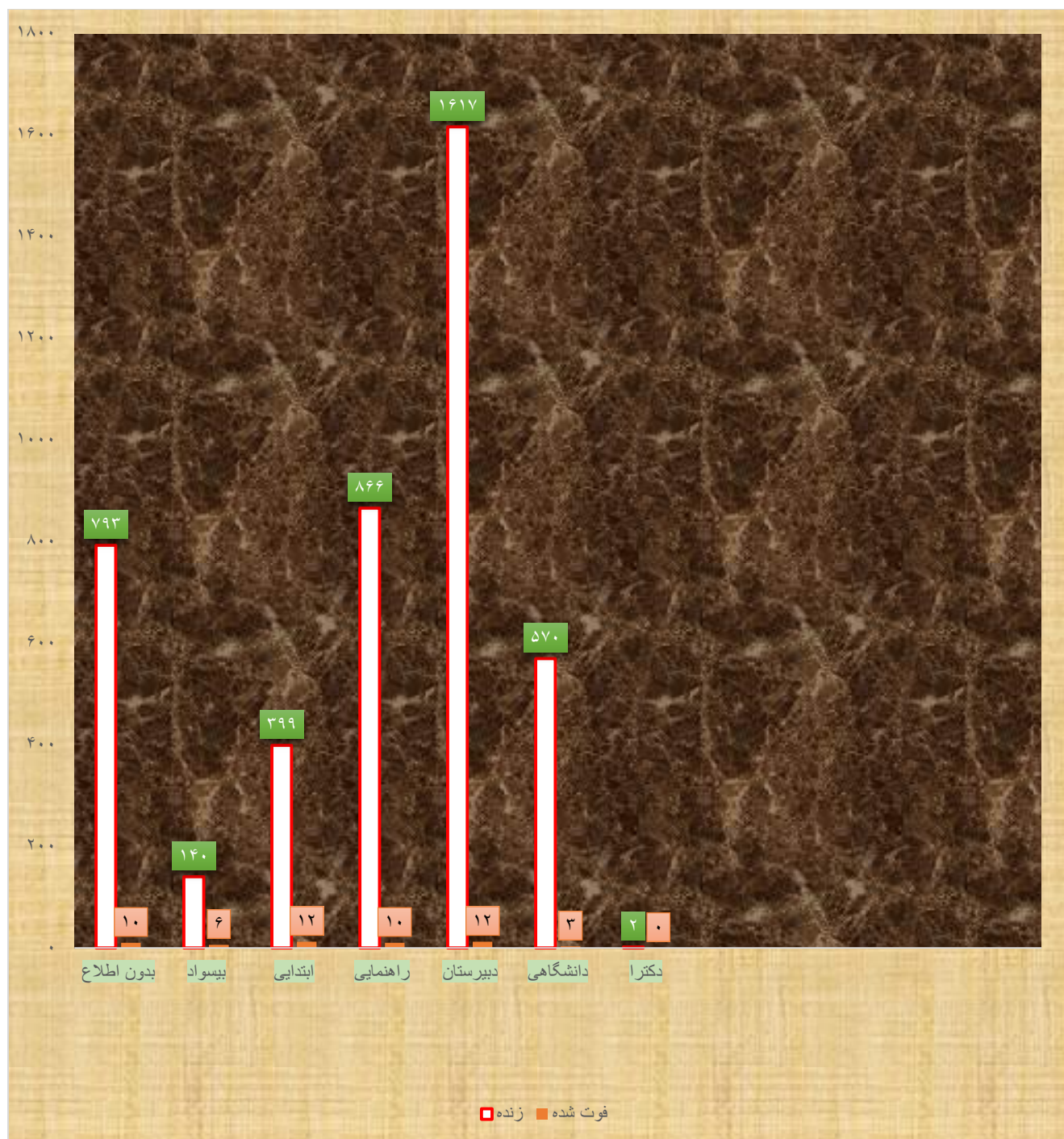
از میان ۴۴۴۰ فردیکه اقدام به خودکشی کرده بودند اطلاع دقیقی از سطح تحصیلات ۱۷/۸٪ افراد مورد مطالعه در دسترس نبود. ۳/۳٪ افراد مورد مطالعه تحصیل نکرده بودند که این تعداد ۱۱/۳٪ کل موارد منجر به مرگ را درمطالعه حاضر شامل می شدند. تحصیلات ۹/۳٪ افراد تا سطح ابتدایی بود که این تعداد گذارش ۲۲/۶٪ موارد خودکشی موفق را داشتند. تحصیلات ۸۶۶ نفر نیز تا میزان راهنمایی بود این گروه ۱۹/۷٪ افراد مورد مطالعه را شامل می شدند و میزان خودکشی موفق این گروه ۱۸/۹٪ تمام موارد منجر به مرگ را شامل می شد. بیشترین میزان اقدام به خودکشی مربوط به افرادی می شد که حداثر تا میزان دیپلم تحصیل کرده بودند (و یا تحصیلات دبیرستانی داشتند)، این گروه ۳۶/۷٪ افراد مورد مطالعه را شامل می شدند و گذارش ۱۲ مورد خودکشی موفق داشتند (۲۲/۶٪ سهم مرگ ها). افرادی که از سطح تحصیلات آکادمیک برخوردار بودند و یا دوران دانشجویی خویش را پشت سر می گذاشتند ۱۲/۹٪ افراد مورد مطالعه را شامل می شدند در این گروه ۳ مورد گذارش خودکشی موفق داشتیم که ۵/۷٪ کل موارد منجر به مرگ را شامل می شد.

جدول ۴-۱۶ فراوانی مورتالیت و سورویوال اقدام کنندگان به خودکشی

باتوجه به سطح تحصیلات

کل	نتیجه				
	مرد	زن			
۷۸۹	۹	۷	تعداد	بدون اطلاع	تحصیلات
۱۰۰/۰	۱/۱	۹۸/۹	با تحصیلات		
۱۷/۸	۱۷/۰	۱۷/۸	نتیجه		
۱۷/۸	۰/۲	۱۷/۶	کل		
۱۴۶	۶	۱۴۰	تعداد	بیسواد	
۱۰۰/۰	۴/۱	۹۵/۹	با تحصیلات		
۳/۳	۱۱/۳	۳/۲	نتیجه		
۳/۳	۰/۱	۳/۲	کل		
۴۱۱	۱۲	۳۹۹	تعداد	ابتدایی	
۱۰۰/۰	۲/۹	۹۷/۱	با تحصیلات		
۹/۳	۲۲/۶	۹/۱	نتیجه		
۹/۳	۰/۳	۹/۰	کل		
۸۷۶	۱۰	۸۶۶	تعداد	راهنمایی	
۱۰۰/۰	۱/۱	۹۸/۹	با تحصیلات		
۱۹/۷	۱۸/۹	۱۹/۷	نتیجه		
۱۹/۷	۰/۲	۱۹/۵	کل		
۱۶۲۹	۱۲	۱۶۱۷	تعداد	دبیرستان	
۱۰۰/۰	۰/۷	۹۹/۳	با تحصیلات		

۳۶/۷	۲۲/۶	۳۶/۹	نتیجه	دانشگاهی
۳۶/۷	۰/۳	۳۶/۴	کل	
۵۷۳	۳	۵۷۰	تعداد	
۱۰۰/۰	۰/۵	۹۹/۵	با تحصیلات	
۱۲/۹	۵/۷	۱۳/۰	نتیجه	
۱۲/۹	۰/۱	۱۲/۸	کل	
۲	۰	۲	تعداد	دکترا
۱۰۰/۰	۰/۰	۱۰۰/۰	با تحصیلات	
۰/۰	۰/۰	۰/۰	نتیجه	
۰/۰	۰/۰	۰/۰	کل	
۴۴۴۰	۵۳	۴۳۸۷	تعداد	کل
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	با تحصیلات	
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	نتیجه	
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	کل	



نمودار میله ای ۴-۱۱ فراوانی مورتالیته و سوریوال اقدام کنندگان به

خودکشی باتوجه به وضعیت تاهل

نتیجه آزمون کای اسکور نشان داد میزان تحصیلات افراد به طور معناداری با اقدام به خودکشی و نیز خودکشی موفق در ارتباط است؛ به طوریکه مشخص شد بیشترین میزان اقدام به خودکشی در افرادی رخ می دهد که حدکثر تا میزان دیپلم تحصیل کرده اند.

جدول ۴-۱۷ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و تحصیلات

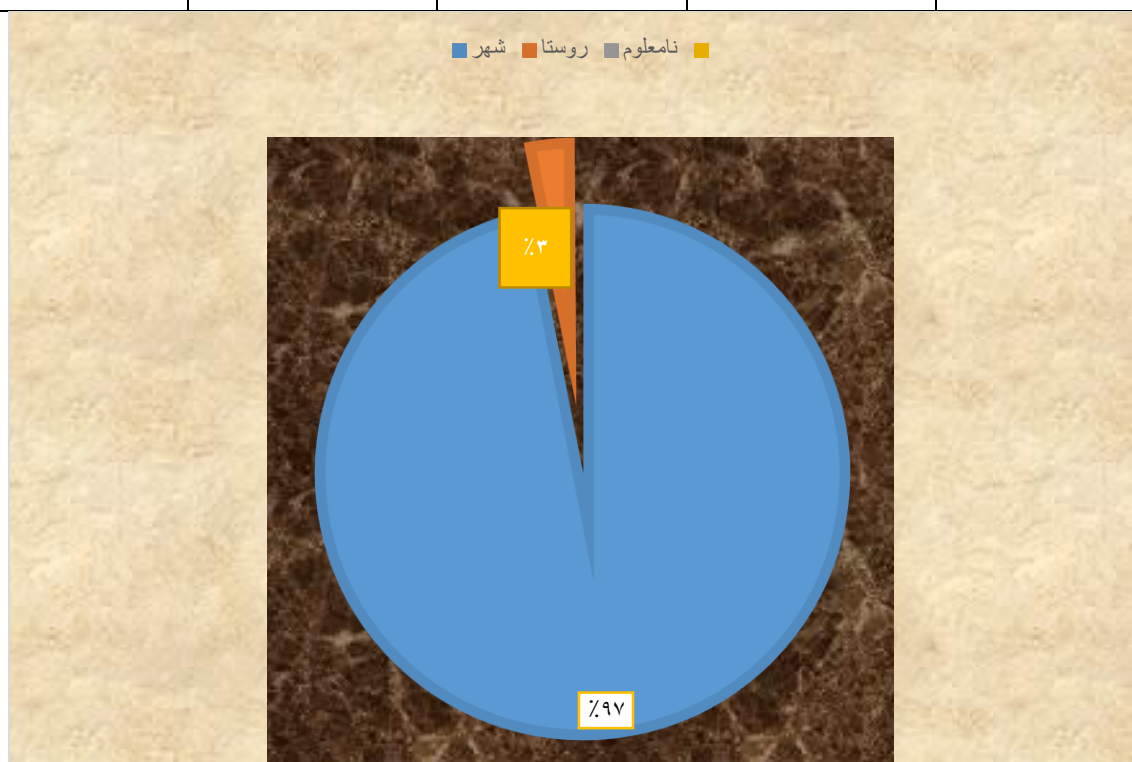
Asymp. Sig. (2-sided)	df	Value	
۰/۰	۱۰	۳۲/۶	Pearson Chi-Square
۰/۰۱۲	۱۰	۲۲/۷	Likelihood Ratio
۰/۰۳۲	۱	۴/۵	Linear-by-Linear Association
		۴۴۴۰	N of Valid Cases

Chi-Square Tests

از میان اقدام کنندگان به خودکشی ۷۵/۷٪ از آنها ساکن شهر بودند و ۲۳/۲٪ از آنها نیز ساکن روستا و اطلاعات محل سکونت ۱/۱٪ افراد در دسترس نبود.

جدول ۴-۱۸ فراوانی خودکشی و محل سکونت

محل سکونت	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
شهر	۳۳۷۳	۷۵/۷	۷۵/۷	۷۶/۵
روستا	۱۰۳۴	۲۳/۲	۲۳/۳	۹۹/۸
نامعلوم	۳۳	۱/۱	۱	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



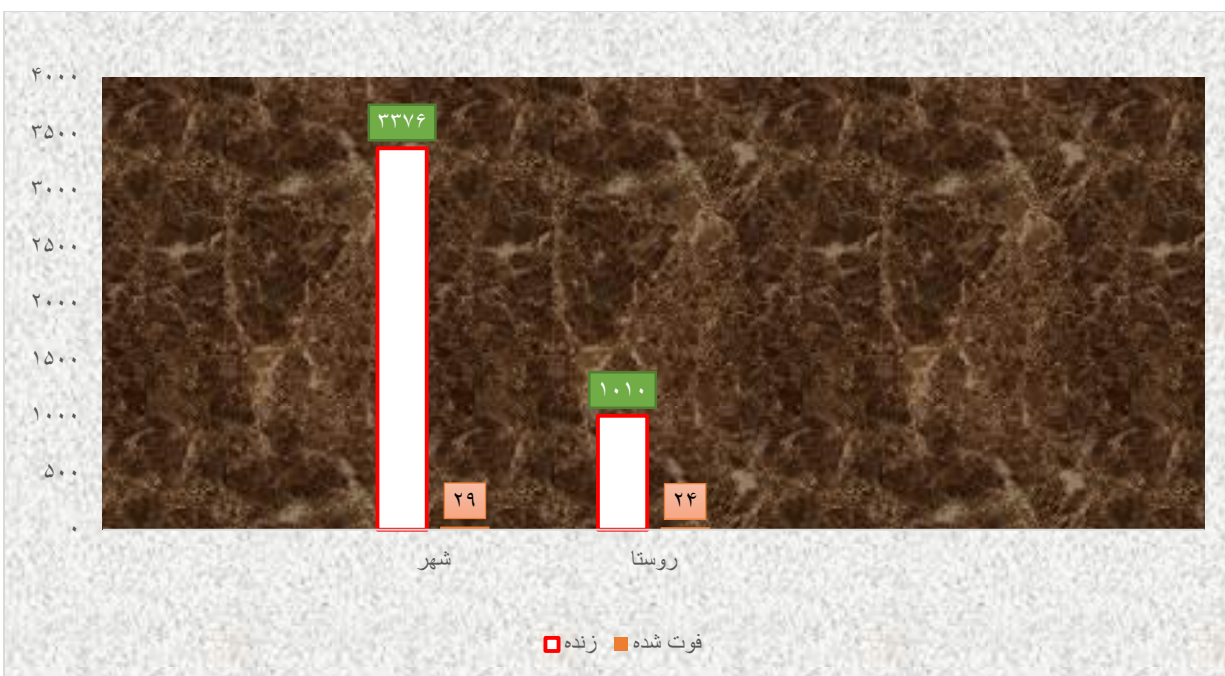
نمودار دایره ای ۴-۸ درصد فراوانی خودکشی بر حسب محل سکونت

در پژوهش حاضر مشخص شد $76/0\%$ افراد مورد مطالعه ساکن شهر بودند که از این تعداد گزارش ۲۹ مورد ($54/7\%$) خودکشی موفق داشتیم این در حالی است ساکنین روستا $24/0\%$ افراد مورد مطالعه را شامل می شدند و گزارش ۲۴ مورد ($45/3\%$) خودکشی موفق در این قشر وجود داشت.

جدول ۴-۱۹ فراوانی مورتالیتته و سوریوال اقدام کنندگان به خودکشی

باتوجه به محل سکونت

کل	نتیجه					
	مردم	زنده				
۳۴۰۵	۲۹	۳۳۷۶	تعداد	شهر	محل سکونت	
۱۰۰/۰	۰/۹	۹۹/۱	با سکونت			
۷۶/۹	۵۴/۷	۷۶/۹	نتیجه			
۷۶/۰	۰/۷	۷۵/۳	کل			
۱۰۳۵	۲۴	۱۰۱۰	تعداد	روستا		
۱۰۰/۰	۲/۳	۹۷/۷	با سکونت			
۲۳/۱	۴۵/۳	۲۳/۰	نتیجه			
۲۴/۰	۰/۵	۲۲/۷	کل			
۴۴۴۰	۵۳	۴۳۸۶	تعداد	کل		
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	با سکونت			
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	نتیجه			
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	کل			



نمودار میله ای ۴-۱۲ فراوانی مور تالیته و سوریوال اقدام کنندگان به

خودکشی باتوجه به وضعیت سکونت

نتیجه آزمون کای اسکور نشان داد وضعیت سکونت به طور معناداری با اقدام به خودکشی در ارتباط است؛ به طوری که مشخص شد بیشترین میزان اقدام به خودکشی در افرادی رخ می دهد که در مناطق شهری زندگی می کنند.

جدول ۴-۲۰ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و وضعیت سکونت

Asymp. Sig. (2-sided)	df	Value	
۰/۰۰۵	۴	۱۴/۷۳	Pearson Chi-Square
۰/۰۱۱	۴	۱۳/۰۶	Likelihood Ratio
۰/۰	۱	۱۳/۱۳	Linear-by-Linear Association
		۴۴۴۰	N of Valid Cases

Chi-Square Tests

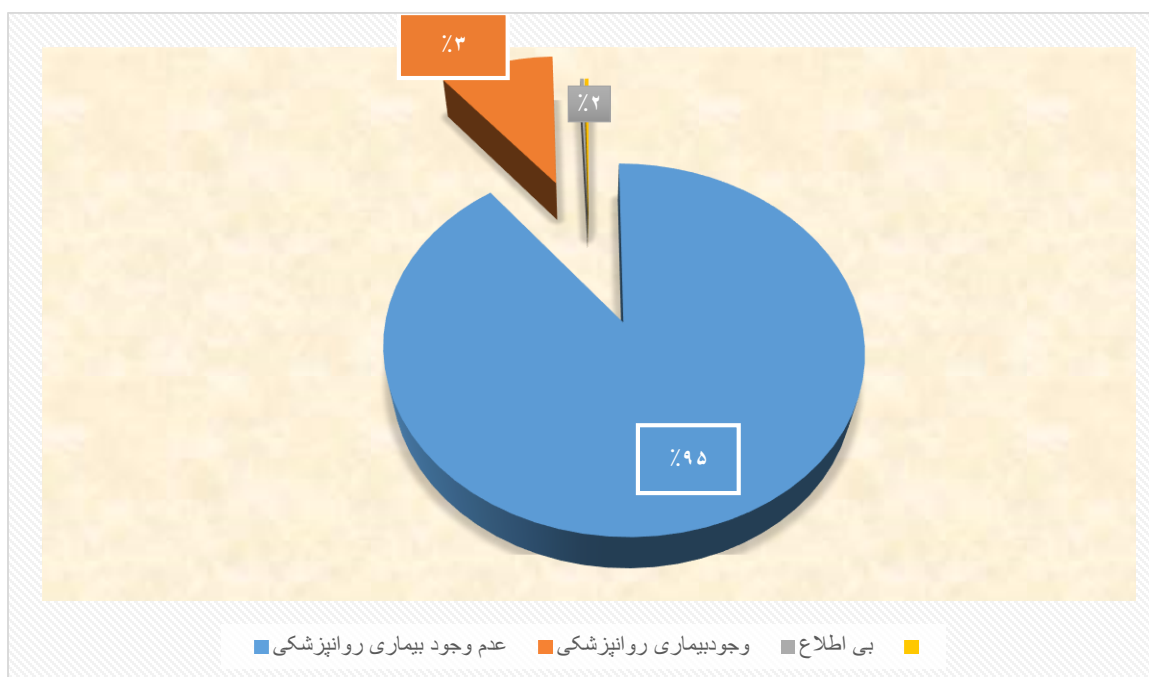
یافته های مطالعه حاضر نشان داد ۹/۷٪ از افراد مورد مطالعه از وجود یک بیماری روانپزشکی که در گذشته تشخیص داده شده بود رنج می برند. همچنین مشخص شد ۸۹/۵٪ از اقدام کنندگان به خودکشی بیماری روانپزشکی در گذشته نداشته اند.

جدول ۴-۲۱ فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری روانپزشکی

بیماری روانپزشکی	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
وجود بیماری روانپزشکی	۴۳۴	۹/۷	۹/۷	۹/۷
عدم وجود بیماری روانپزشکی	۳۹۹۰	۸۹/۵	۸۹/۵	۹۹/۲
بدون اطلاع از وجود بیماری روانپزشکی	۱۶	.۸	.۸	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار میله ای ۴-۱۳ فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری روانپزشکی



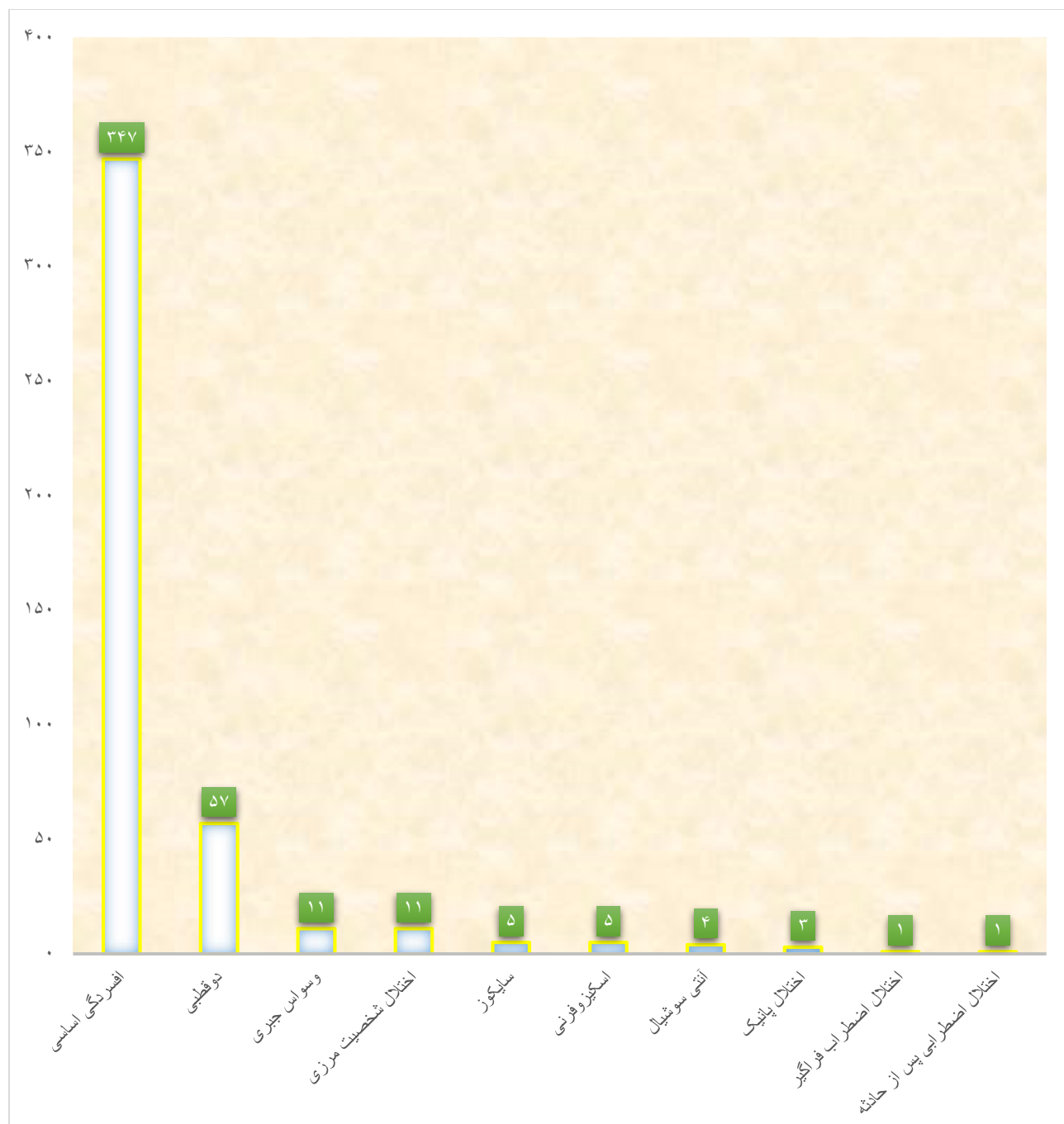
نمودار دایره ای ۴-۹ درصد فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری روانپزشکی

نتایج مطالعه حاضر نشان داد از مجموع ۴۳۴ بیمار روانپزشکی (با تشخیص قبلی) اقدام کننده به خودکشی عمده ترین اختلال روانپزشکی همراه بیماری افسردگی اساسی (۸۹/۵٪) و پس از آن اختلال دوقطبی (۱/۳٪) است.

جدول ۴-۲۲ فراوانی نوع بیماری روانپزشکی

بیماری روانپزشکی	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
بدون بیماری روانپزشکی	۳۹۹۰	۸۹/۵	۸۹/۸	۸۹/۸
افسردگی اساسی	۳۴۷	۷/۸	۷/۸	۹۷/۶
دوقطبی	۵۷	۱/۳	۱/۳	۹۸/۹
سایکوز	۵	.۱	.۱	۹۹
وسواس جبری	۱۱	.۲	.۲	۹۹/۳
بیش فعالی	۷	.۲	.۲	۹۹/۴
اضطراب	۴	.۱	.۱	۹۹/۵
اسکیزوفرنی	۵	.۱	.۱	۹۹/۶
اختلال شخصیت مرزی	۱۱	.۲	.۲	۹۹/۹
اختلال پانیک	۳	.۰	.۰	۹۹/۹
آنتی سوشیال	۴	.۰	.۱	۱۰۰

۱۰۰	۰	۰	۱	اختلال اضطراب فراگیر
۱۰۰	۰	۰	۱	اختلال اضطرابی پس از حادثه
	۱۰۰	۹۹/۶	۴۴۴۰	مجموع
		۰.۴	۱۶	از دست رفته
		۱۰۰	۴۴۵۶	کل

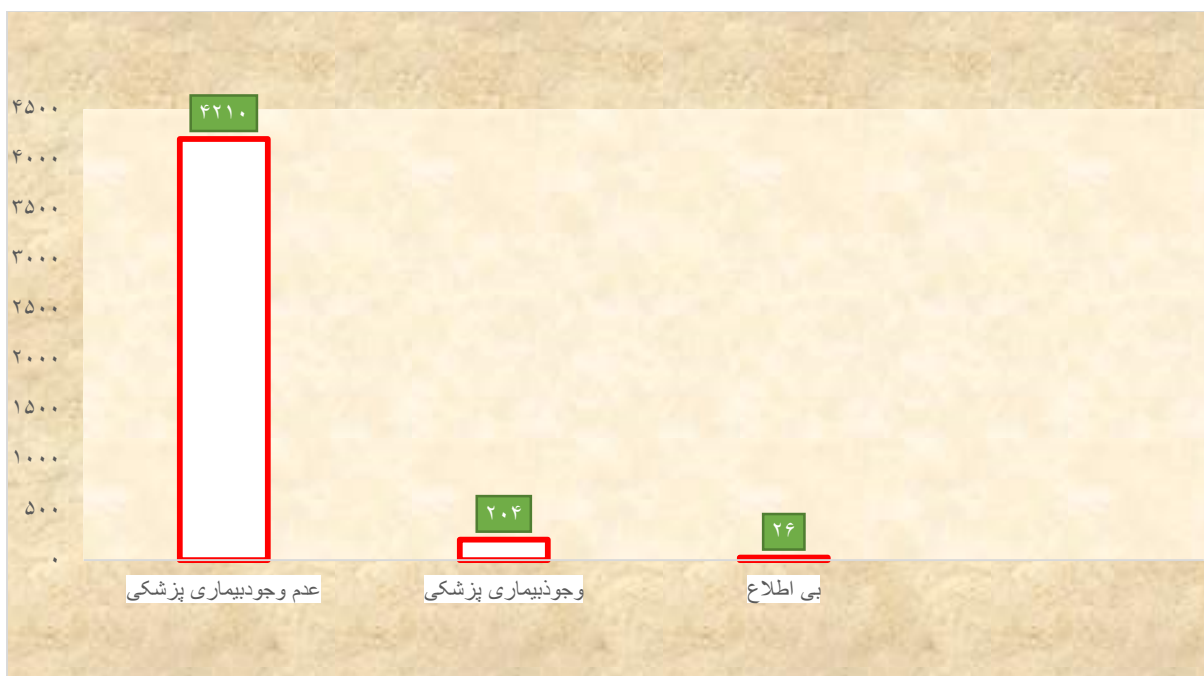


نمودار میله ای ۴-۱۴ فراوانی نوع بیماری روانپزشکی

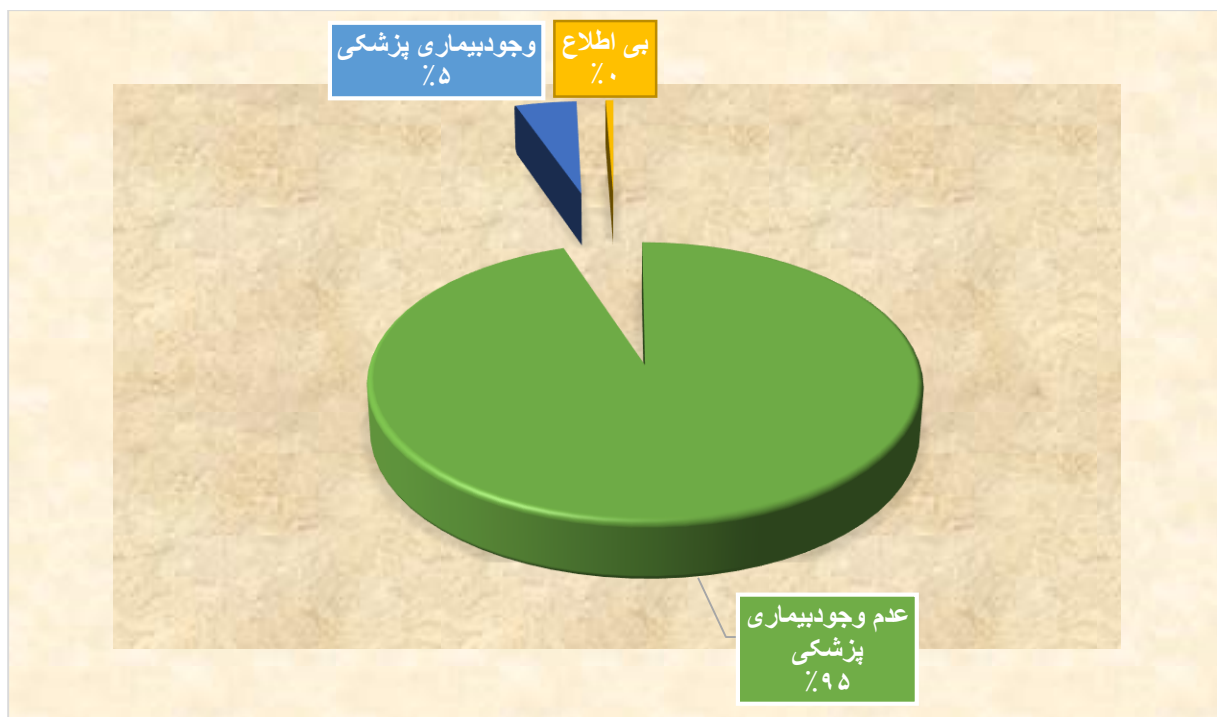
نتایج مطالعه حاضر بیان کرد ۹۴/۵٪ از اقدام کنندگان به خودکشی بیماری پزشکی که از قبل برای آنها تشخیص داده باشند نداشتند در حالیکه ۴/۶٪ از آنها از یک بیماری پزشکی که از قبل برای آنها تشخیص داده بودند رنج می بردند.

جدول ۴-۲۳ فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری پزشکی

وجود یا عدم وجود بیماری پزشکی	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
وجود بیماری پزشکی	۲۰۴	۴/۶	۴/۶	۴/۶
بدون بیماری پزشکی	۴۲۱۰	۹۴/۵	۹۴/۵	۹۹/۱
بدون اطلاع	۲۶	.۹	.۹	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار میله ای ۴-۱۵ فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری پزشکی



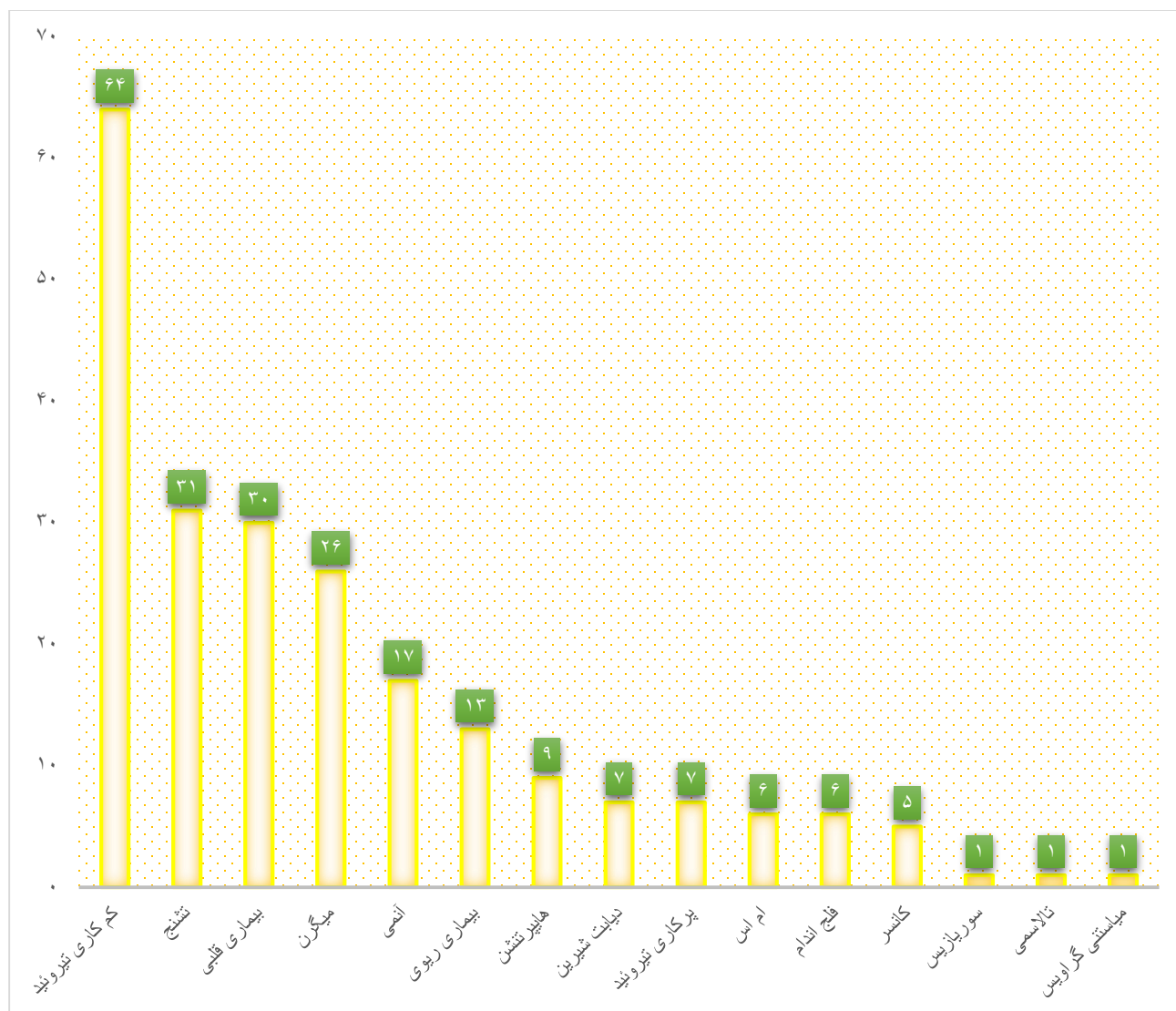
نمودار دایره ای ۴-۱۰ درصد فراوانی وجود یا عدم وجود بیماری پزشکی

کم کاری تیروئید عمده ترین بیماری پزشکی در بین اقدام کنندگان به خودکشی بود (۱/۴٪). تشنج (۰/۷٪) بیماری قلبی (۰/۷٪) و آنمی (۰/۴٪) سایر بیماری ها را در میان اقدام کنندگان به خودکشی به ترتیب فراوانی شامل می شدند.

جدول ۴-۲۴ فراوانی نوع بیماری پزشکی

بیماری پزشکی	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
بدون بیماری پزشکی	۴۲۰/۴	۹۴/۳	۹۴/۷	۹۴/۷
آنمی	۱۷	۰/۴	۰/۴	۹۵
هایپوتیروئیدی	۶۴	۱/۴	۱/۴	۹۶/۵
دیابت شیرین	۷	۰/۲	۰/۲	۹۶/۶
تشنج	۳۱	۰/۷	۰/۷	۹۷/۳
فلج اندام	۶	۰/۱	۰/۱	۹۷/۵
تالاسمی	۱	۰/۰	۰/۰	۹۷/۵
میگرن	۲۶	۰/۶	۰/۶	۹۸/۱
بیماری قلبی	۳۰	۰/۷	۰/۷	۹۸/۸
هایپرتیروئیدی	۷	۰/۲	۰/۲	۹۸/۹
مالتیپل اسکلروزیس	۶	۰/۱	۰/۱	۹۹/۱
کانسر	۵	۰/۱	۰/۱	۹۹/۲
سوریازیس	۱	۰/۰	۰/۰	۹۹/۲
بیماری ریوی	۱۳	۰/۳	۰/۳	۹۹/۵

۹۹/۵	.۰	.۰	۱	اچ آی وی
۹۹/۶	.۱	.۱	۵	بیماری التهابی روده
۹۹/۸	.۱	.۲	۹	فشار خون
۹۹/۹	.۲	.۰	۲	بیماری متابولیک
۱۰۰	.۱	.۱	۵	بیماری کلیوی
۱۰۰	.۰	.۰	۱	میاستنی گراویس
	۱۰۰	۹۹/۶	۴۴۴۰	مجموع
		.۴	۱۶	از دست رفته
		۱۰۰	۴۴۵۶	کل

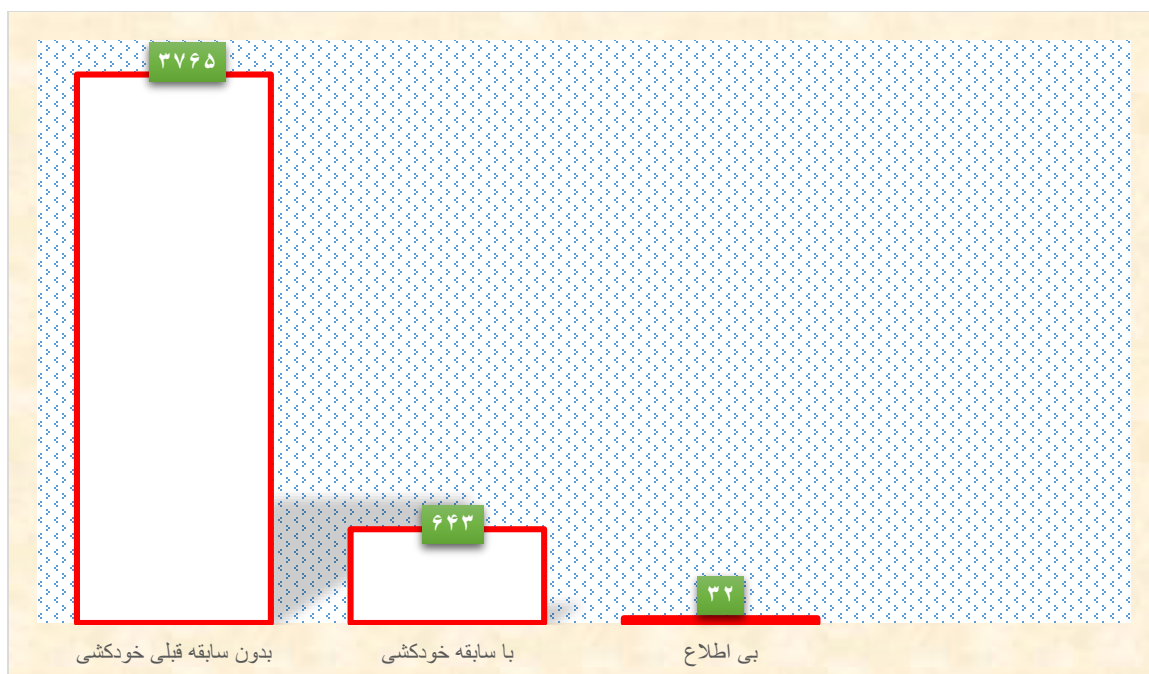


نمودار میله ای ۴-۱۶ فراوانی نوع بیماری پزشکی

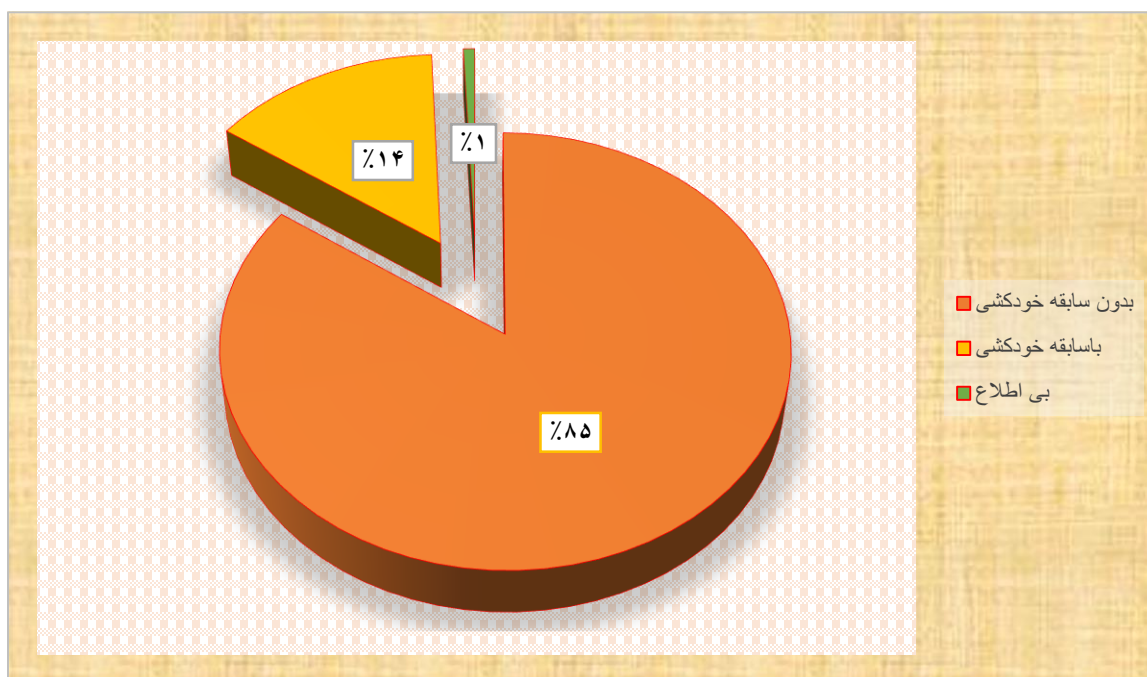
از مجموع ۴۴۴۰ مرد و زن اقدام کننده به خودکشی ۸۴/۵٪ (۳۷۶۵ نفر) از آنها سابقه اقدام به خودکشی نداشتند و ۱۴/۴٪ (۶۴۳ نفر) نیز سابقه حداقل یک مرتبه تلاش برای خودکشی داشتند. اطلاعات مربوط به سابقه خودکشی ۱/۱٪ از افراد در دسترس نبود.

جدول ۴-۲۵ فراوانی سابقه قبلی خودکشی اقدام کنندگان به خودکشی

سابقه خودکشی	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
بدون سابقه خودکشی	۳۷۶۵	۸۴/۵	۸۴/۵	۸۴/۵
با سابقه خودکشی	۶۴۳	۱۴/۴	۱۴/۴	۹۸/۹
بدون اطلاع	۳۲	۱/۱	۱/۱	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار میله ای ۴-۱۷ فراوانی سابقه خودکشی

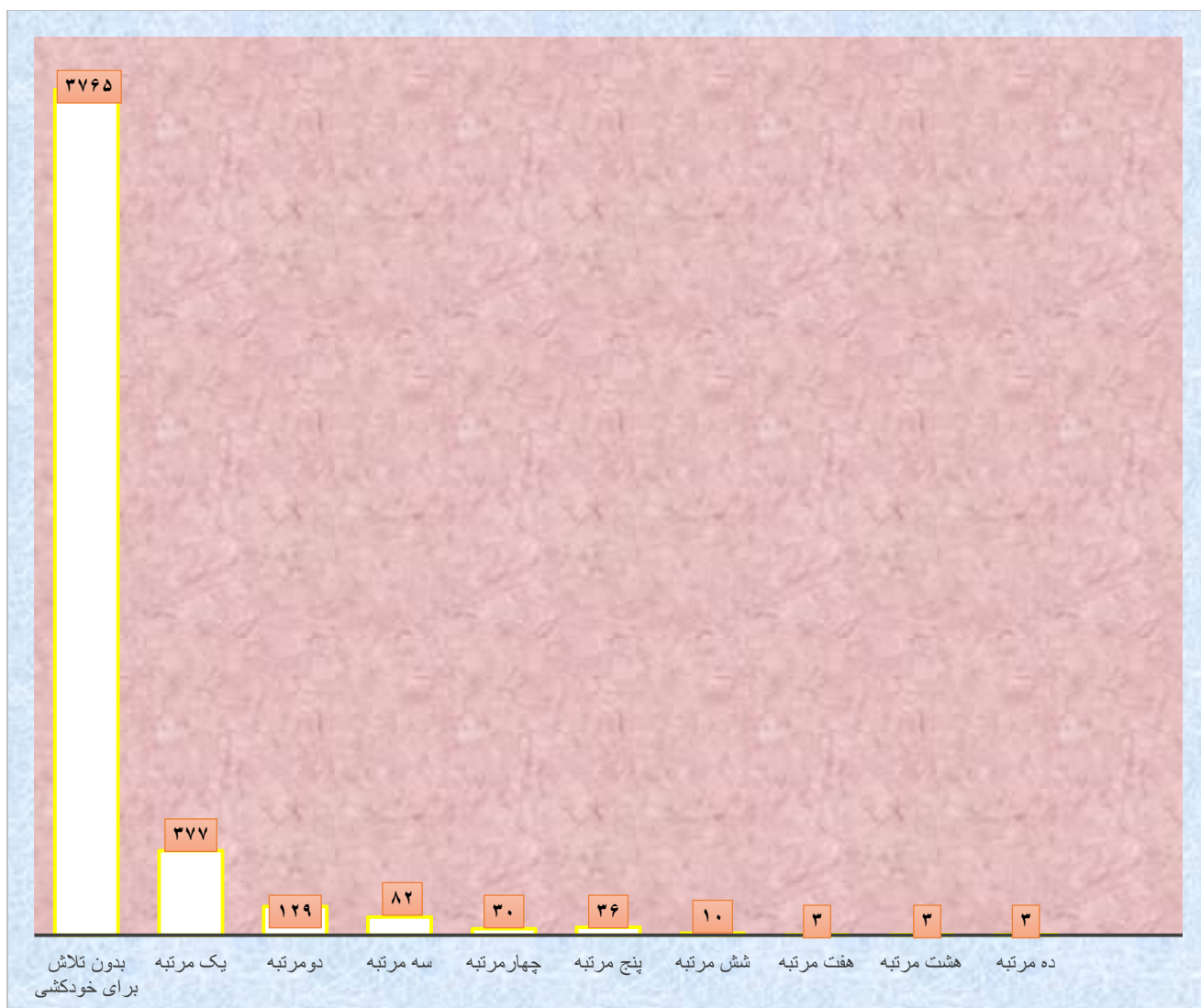


نمودار دایره ای ۴-۱۱ درصد فراوانی سابقه خودکشی

عمده افرادی که در گذشته خودکشی ناموفق داشتند در گذشته یک یا دو مرتبه جهت خودکشی تلاش کرده بودند. مراتب تلاش بیشتر خودکشی با فراوانی کمتری همراه بود.

جدول ۴-۲۶ فراوانی مراتب اقدام به خودکشی

مراتب تلاش برای خودکشی	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	در صد تجمعی
بدون تلاش قبلی	۳۷۶۵	۸۴/۵	۸۴/۸	۸۴/۸
یک مرتبه	۳۷۷	۸/۵	۸/۵	۹۳/۳
دو مرتبه	۱۲۹	۲/۹	۲/۹	۹۶/۲
سه مرتبه	۸۲	۱/۸	۱/۸	۹۸/۱
چهار مرتبه	۳۰	.۷	.۷	۹۸/۸
پنج مرتبه	۳۶	.۸	.۸	۹۹/۶
شش مرتبه	۱۰	.۲	.۲	۹۹/۸
هفت مرتبه	۳	.۱	۰	۹۹/۹
هشت مرتبه	۴	.۱	.۱	۹۹/۹
ده مرتبه	۳	.۱	.۱	۱۰۰
مجموع	۴۴۳۸	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۸	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار میله ای ۴-۱۸ فراوانی مراتب اقدام به خودکشی

نتیجه آنالیز تحلیلی رگرسیون نشان داد سن و جنس به طور معناداری با میزان اقدام به خودکشی همراه است. همچنین آنالیز رگرسیون ثابت کرد وجود بیماری پزشکی، بیماری روانپزشکی و مراتب تلاش برای خودکشی با ریسک خودکشی در ارتباط نیستند.

جدول ۴-۲۷ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و وجود بیماری پزشکی، روانپزشکی و مراتب تلاش برای خودکشی

متغیر	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp(B)	%۹۵ CI For EXP(B) Lower
سن	.۰۵۴	.۰۰۰	۳۳/۹۷۲	۱	.۰۰۰	۱/۰۵۶	۱/۰۳۷
جنس	.۴۵۱	.۱۳۶	۱۱/۰۶۴۲	۱	.۰۱	۱/۵۶۹	۱/۲۰۳
سابقه بیماری پزشکی	-.۲۲۲	.۴۴۰	.۲۵۴	۱	.۶۱۴	.۸۳۷	.۳۷۱
سابقه بیماری روانپزشکی	-.۱۷۸	.۴۱۴	..۱۸۵	۱	.۶۶۷	.۸۰۱	.۳۳۸
مراتب تلاش برای خودکشی	-.۱۹۰	.۲۲۰	.۷۴۵	۱	.۳۸۸	.۸۲۷	.۵۳۷
نتیجه	-۵/۸۷۷	۱/۱۴۹	۲۶/۱۸۳		.۰۰۰	.۰۳	

۹۷/۹٪ از افراد مورد مطالعه سابقه خودکشی یا اقدام به خودکشی در بستگان درجه یک خویش نداشتند و تنها ۱/۳٪ از آنها سابقه خودکشی یا اقدام به آن را در یکی از بستگان درجه یک خویش داشتند.

جدول ۴-۲۸ سابقه فامیلیال خودکشی

سابقه فامیلیال خودکشی	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	کل
عدم وجود سابقه فامیلیال خودکشی	۴۳۶۴	۹۷/۹	۹۷/۹	۹۷/۹
وجود سابقه فامیلیال خودکشی	۵۶	۱/۳	۱/۳	۹۹/۲
بی اطلاع	۲۰	.۸	.۸	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	.۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار میله ای ۴-۱۹ فراوانی سابقه فامیلیال خودکشی



نمودار دایره ای ۴-۱۲ درصد فراوانی سابقه فامیلیال خودکشی

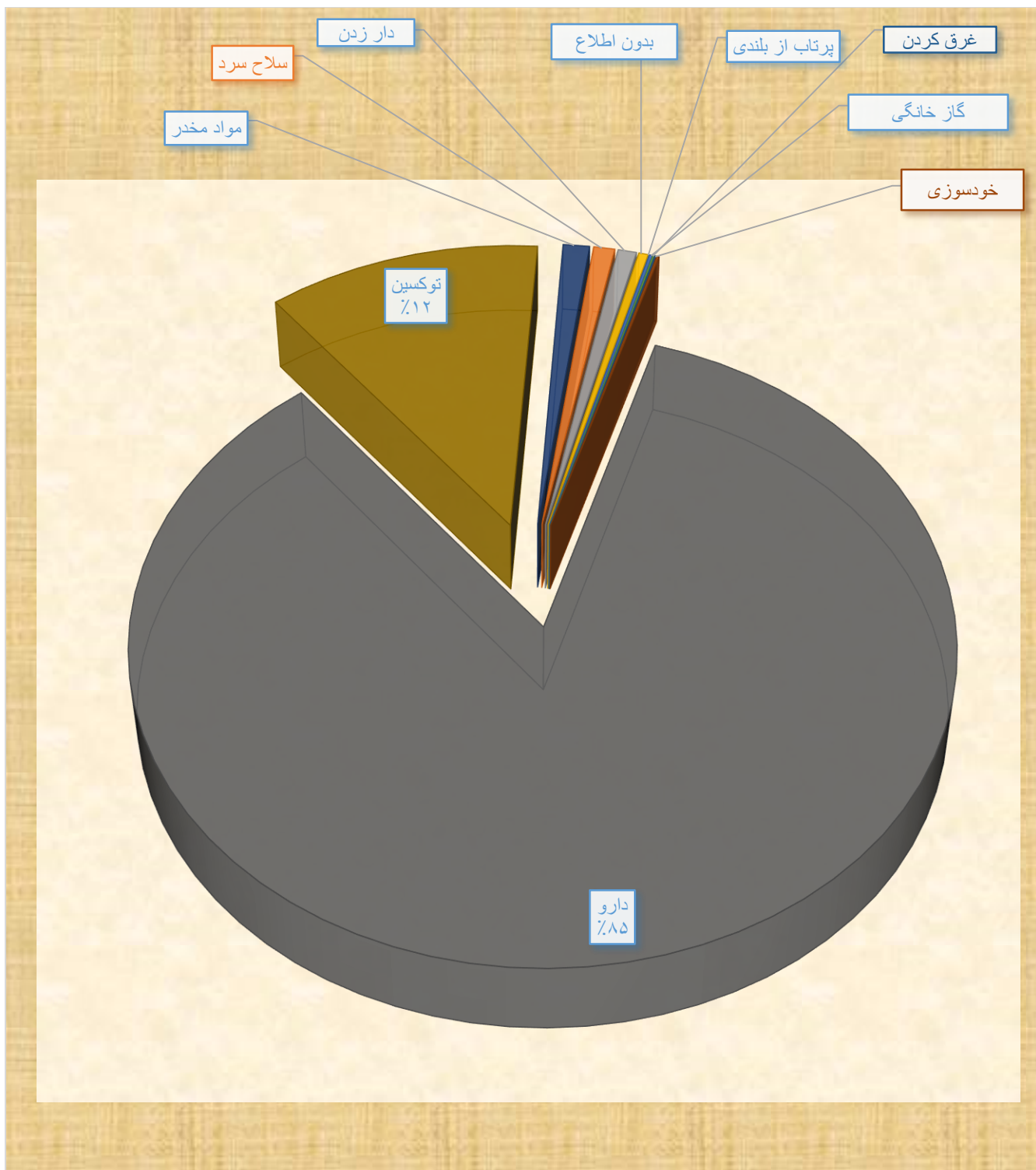
نتایج این مطالعه بیان کرد عمده ترین روش مورد استفاده جهت خودکشی یا اقدام به آن مصرف بیش از اندازه دارو می باشد (۸۴/۲٪). مصرف توکسین ها (از قبیل قلیا، مرگ موش، سوک کش، سم مورچه، نفتالین، جوهر نمک، سموم ارگانوفسفره، الکل، بنزین و...) در رتبه دوم و با فراوانی ۱۱/۶٪ قرار گرفت. استفاده بیش از اندازه از مواد مخدر و استفاده از سلاح سرد نیز به عنوان روشهای شایع بعدی مورد استفاده بود (به ترتیب ۱/۱٪ و ۰/۹٪).

جدول ۴-۲۹ فراوانی انواع روشهای خودکشی

روش خودکشی	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
بدون اطلاع	۱۸	۰/۴	۰/۴	۰/۴
دارو	۳۷۵۱	۸۴/۲	۸۴/۵	۸۴/۸
توکسین	۵۱۸	۱۱/۶	۱۱/۶	۹۶/۵
مواد مخدر	۵۰	۱/۱	۱/۱	۹۷/۶
سلاح گرم	۴	۰/۱	۰/۱	۹۷/۷
سلاح سرد	۴۰	۰/۹	۰/۹	۹۸/۶
خودسوزی	۵	۰/۱	۰/۱	۹۸/۷
دار زدن	۳۵	۰/۸	۰/۸	۹۹/۵
پرتاب از بلندی	۸	۰/۲	۰/۲	۹۹/۷
غرق کردن	۳	۰/۱	۰/۱	۹۹/۸
گاز خانگی	۳	۰/۲	۰/۲	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	
از دست رفته	۱۶	۰/۴		
کل	۴۴۵۶	۱۰۰		



نمودار میله ای ۴-۲۰ فراوانی روشهای خودکشی



نمودار دایره ای ۴-۱۳ درصد فراوانی روشهای خودکشی

نتایج مطالعه حاضر بیان کرد عمده افرادی که خودکشی یا اقدام به خودکشی کرده اند از مصرف بیش از اندازه دارو به عنوان روشی برای نابودی خویش استفاده می کنند. از مجموع ۳۷۴۴ فردیکه (۸۴/۵٪ افراد مطالعه) که با استفاده از مصرف بیش از اندازه داروهای پزشکی اقدام به خودکشی کرده بودند مجموعاً گزارش ۷ مورد اقدام به خودکشی داشتیم که این تعداد ۱۳/۲٪ تمام مرگ ها را شامل می شود. در این بررسی مشخص شد از مجموع ۵۰۳ فردیکه با انواع توکسین ها از قبیل قلیا، نفت، بنزین، قرص برنج، جوهر نمک، سوسک کش، سم مورچه، سموم ارگانوفسفره اقدام به خودکشی کرده اند ۱۵ نفر خودکشی موفق داشته اند (۲۸/۳٪ از تمامی مرگ ها). نکته جالب والبته قابل توجه که در این مطالعه مشخص شد مرگ ناشی از خودکشی به وسیله دار زدن می باشد. بطوریکه از مجموع ۳۵ فردیکه دار زدن را به عنوان روشی جهت نابودی خویش انتخاب کردند (۸٪ افراد مطالعه) در مجموع ۱۲ نفر (۳۴/۳٪) زنده ماندند و این در حالی است که ۲۳ نفر (۶۵/۷٪) از این افراد خودکشی موفق داشتند. در بین افرادی که جهت خودکشی تلاش کرده بودند گزارش ۵۰ مورد مسمومیت با موادمخدر وجود داشت که از این تعداد ۴۸ مورد با مداخلات پزشکی بهبودی پیدا کردند (۹۶/۰٪) و تنها ۲ مورد خودکشی منجر به مرگ داشتیم (۴/۰٪ کل موارد منجر به فوت). استفاده از سلاح سرد از قبیل بریدن رگ با اجسام برنده از قبیل تیغ بیستوری، چاقو و... روش شایع بعدی بود بطوریکه ۴۰ نفر (۹٪ افراد مورد مطالعه) از افرادی که با شکایت خودکشی به بخش اورژانس بیمارستان مراجعه کرده بودند از سلاح سرد جهت نابودی خویش استفاده کرده بودند اما در همین گروه گزارشی از خودکشی موفق نداشتیم. نکته جالب توجه دیگر در این مطالعه استفاده از سلاح گرم به عنوان روشی برای خودکشی می باشد. گزارش ۲ مورد تلاش خودکشی با سلاح گرم وجود

داشت که در هر دو مورد خودکشی موفق داشتیم (دسترسی این افراد به سلاح با توجه به شغل آنها بود که این افراد نظامی بودند). خودسوزی (۱/۹٪ موارد منجر به مرگ) پرتاب از ارتفاع (۱/۹٪ موارد منجر به مرگ) غرق کردن خویش (۱/۹٪ موارد منجر به مرگ) و مسمومیت با گاز خانگی (۱/۹٪ موارد منجر به مرگ) سایر روشهای خودکشی در میان اقدام کنندگان بود.

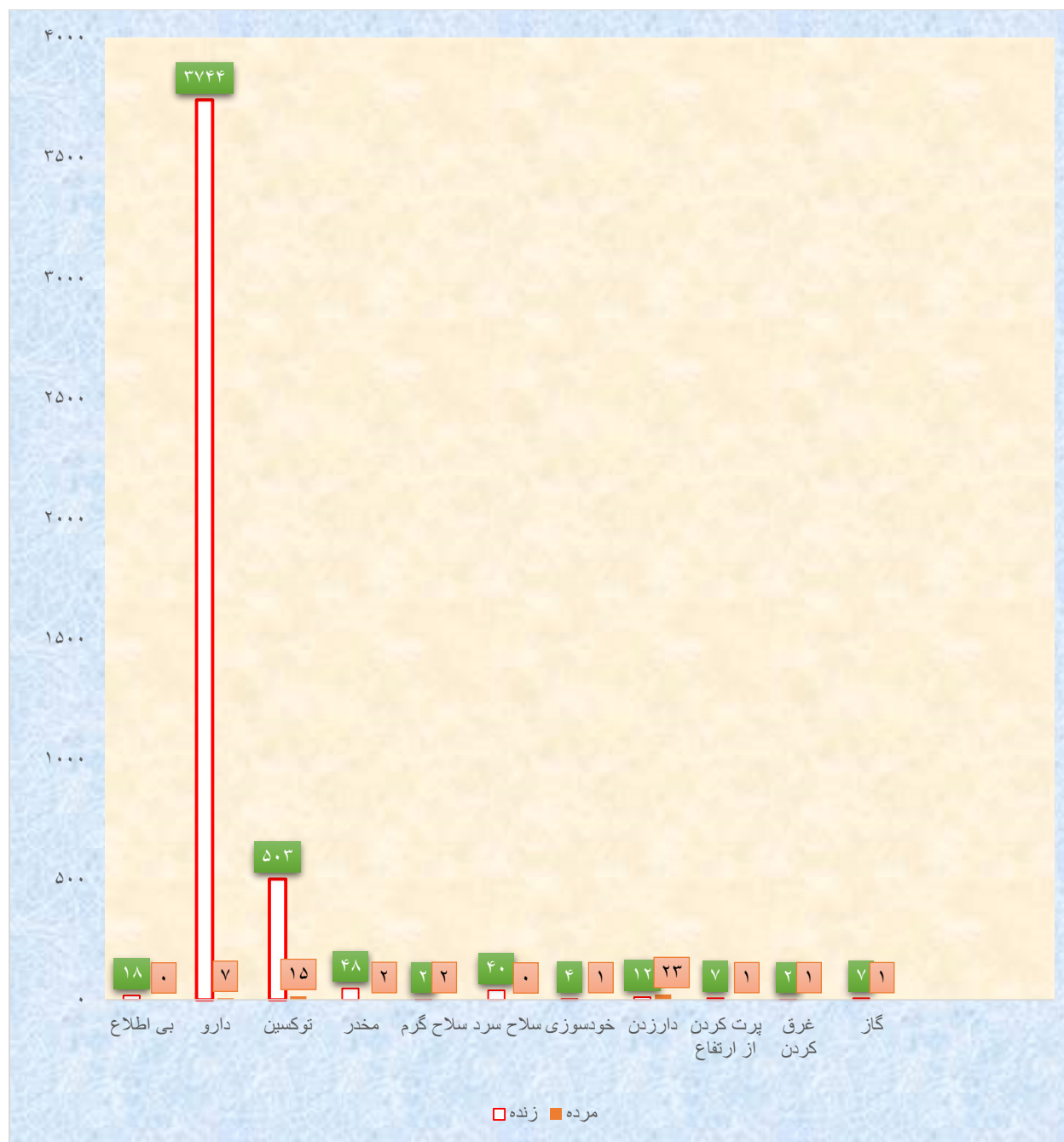
جدول ۴-۳۰ فراوانی مورتالیتته و سوریوال اقدام کنندگان به

خودکشی باتوجه به روش خودکشی

کل	نتیجه				
	مرده	زنده			
۱۸	۰	۱۸	تعداد	بی اطلاع	روش خودکشی
۱۰۰/۰	۰/۰	۱۰۰/۰	با خودکشی		
۰/۴	۰/۰	۰/۴	نتیجه		
۰/۴	۰/۰	۰/۴	کل		
۳۷۵۱	۷	۳۷۴۴	تعداد	دارو	
۱۰۰/۰	۰/۲	۹۹/۸	با خودکشی		
۸۴/۵	۱۳/۲	۸۵/۳	نتیجه		
۸۴/۵	۰/۲	۸۴/۳	کل		
۵۱۸	۱۵	۵۰۳	تعداد	سم	
۱۰۰/۰	۲/۹	۹۷/۱	با خودکشی		
۱۱/۷	۲۸/۳	۱۱/۵	نتیجه		
۱۱/۷	۰/۳	۱۱/۳	کل		
۵۰	۲	۴۸	تعداد	مخدر	
۱۰۰/۰	۴/۰	۹۶/۰	با خودکشی		
۱/۱	۳/۸	۱/۱	نتیجه		
۱/۱	۰/۰	۱/۱	کل		
۴	۲	۲	تعداد	سلاح گرم	
۱۰۰/۰	۵۰/۰	۵۰/۰	با خودکشی		

۰/۱	۳/۸	۰/۰	نتیجه	سلاح سرد	
۰/۱	۰/۰	۰/۰	کل		
۴۰	۰	۴۰	تعداد		
۱۰۰/۰	۰/۰	۱۰۰/۰	با خودکشی		
۰/۹	۰/۰	۰/۹	نتیجه		
۰/۹	۰/۰	۰/۹	کل		
۵	۱	۴	تعداد	خودسوزی	
۱۰۰/۰	۲۰/۰	۸۰/۰	با خودکشی		
۰/۱	۱/۹	۰/۱	نتیجه		
۰/۱	۰/۰	۰/۱	کل		
۳۵	۲۳	۱۲	تعداد	دارزدن	
۱۰۰/۰	۶۵/۷	۳۴/۳	با خودکشی		
۰/۸	۴۳/۴	۰/۳	نتیجه		
۰/۸	۰/۵	۰/۳	کل		
۸	۱	۷	تعداد	پرتاب از ارتفاع	
۱۰۰/۰	۱۲/۵	۸۷/۵	با خودکشی		
۰/۲	۱/۹	۰/۲	نتیجه		
۰/۲	۰/۰	۰/۲	کل		
۳	۱	۲	تعداد	غرق کردن	
۱۰۰/۰	۳۳/۳	۶۶/۷	با خودکشی		
۰/۱	۱/۹	۰/۰	نتیجه		
۰/۱	۰/۰	۰/۰	کل		
۸	۱	۷	تعداد	گاز	

۱۰۰/۰	۱۲/۵	۸۷/۵	با خودکشی		
۰/۲	۱/۹	۰/۲	نتیجه		
۰/۲	۰/۰	۰/۲	کل		
۴۴۴۰	۵۳	۴۳۸۷	تعداد	کل	
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	با خودکشی		
۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	نتیجه		
۱۰۰/۰	۱/۲	۹۸/۸	کل		



نمودار میله ای ۴-۲۱ فراوانی انواع روشهای اقدام به خودکشی

نتیجه آزمون کای اسکور نشان داد روش مورد استفاده جهت خودکشی به طور معناداری با اقدام به خودکشی در ارتباط است؛ به طوریکه مشخص شد بیشترین میزان اقدام به خودکشی در افرادی رخ می دهد که از مصرف بیش از اندازه یک دارو به عنوان روشی جهت نابودی خویش استفاده می کنند، مصرف انواع توکسین ها و استفاده از مواد مخدر نیز علاوه بر اینکه ارتباط معناداری با اقدام به کشی داشتند در رتبه های بعدی از نظر فراوانی قرار گرفتند.

جدول ۴-۳۱ نتیجه ارتباط اقدام به خودکشی و روشهای مورد استفاده جهت خودکشی

Asymp. Sig. (2-sided)	df	Value	
./...	۱۲	۱۴۲۳/۷۵	Pearson Chi-Square
./...	۱۲	۲۴۸/۷۴	Likelihood Ratio
./...	۱	۲۴۸/۷۴	Linear-by-Linear Association
		۴۴۴۰	N of Valid Cases

Chi-Square Tests

عمده اقدام کنندگان به خودکشی از بیان مصرف داروی منجر به خودکشی خویش امتناع می ورزیدند که این گروه بیشترین فراوانی را در مطالعه حاضر داشت. در بین افرادی که همکاری مناسب در شرح حال داشتند و بیان کردند که با چه ماده ای اقدام به خودکشی کردند مصرف داروهای آرامبخش بنزودیازپینی بیشترین فراوانی را داشت (۱۴/۱٪) و مصرف داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی در رتبه دوم قرار داشت (۸/۰٪). مصرف ترامادول و انواع آنتی بیوتیک ها در جایگاه های بعدی از نظر فراوانی بودند (به ترتیب ۴/۵٪ و ۱/۸٪). گروه های دارویی شل کننده عضلانی، بی حس کننده موضعی از قبیل لیدوکائین، آنتی آریتمی (دیگوکسین) و آنتی هیستامین کمترین گروه دارویی مورد استفاده جهت خودکشی بودند.

جدول ۴-۳۲ فراوانی داروهای مورد استفاده جهت خود کشی

داروی مورد استفاده	فراوانی	درصد	درصد ارجحیت	درصد تجمعی
نا معلوم	۲۴۲۶	۵۴/۴	۵۴/۴	۵۴/۶
NSAIDs	۳۵۵	۸	۸	۶۲/۶
BZD	۶۳۰	۱۴/۱	۱۴/۱	۷۶/۸
NSAIDs+BZD	۵۹	۱/۳	۱/۳	۷۸/۲
ترامادول	۲۰۱	۴/۵	۴/۵	۸۲/۷
متادون	۸۸	۲	۲	۸۴/۷
آنتی بیوتیک	۸۲	۱/۸	۱/۸	۸۶/۵
SSRIs	۴۳	۱	۱	۸۷/۵
Anti Psychosis	۷۵	۱/۷	۱/۷	۸۹/۲
NSAIDs+Antibiotics	۱۵	.۳	.۳	۸۹/۵
بتا بلوکر	۵۰	۱/۱	۱/۱	۹۰/۶
بتا بلوکر+آرامبخش	۳۰	.۷	.۷	۹۱/۳
ضد تشنج	۴۰	.۹	.۹	۹۲/۲
ضد تشنج+آرامبخش	۷	.۲	.۲	۹۲/۴
ضد تشنج+آنتی سایکوز	۴	.۱	.۱	۹۲/۵
NSAIDs+آنتی سایکوز	۲	.۰	.۰	۹۲/۵
LD	۲۴	.۵	.۵	۹۳
TCA+ضد تشنج	۱	.۰	.۰	۹۳/۱
بتا بلوکر+آرامبخش	۴	.۱	.۱	۹۳/۲
H2 BLOCKERs	۱۰	.۲	.۲	۹۳/۲

۹۳/۴	.۴	.۴	۱۸	آرامبخش + ضدجنون
۹۳/۸	۱	۱	۴۵	TCA
۹۴/۸	.۰	.۰	۱	کورتیکو استروئید
۹۴/۹	.۱	.۱	۴	ضد انعقاد
۹۵	.۳	.۳	۱۳	ضد فشار خون
۹۵/۲	.۲	.۲	۱۰	آرامبخش + ترامادول
۹۵/۵	.۲	.۲	۳	آرامبخش + آنتی بیوتیک
۹۵/۵	.۱	.۱	۱	ترامادول + الکل
۹۵/۶	.۱	.۱	۳	NSIDs+SSRIs
۹۶/۵	.۲	.۲	۷	ترامادول + متادون
۹۵/۸	.۷	.۷	۳۰	BZDs+SSRIs
۹۶/۵	.۶	.۶	۲۷	BZD+TCA
۹۷/۱	.۰	.۰	۲	آرامبخش + الکل
۹۷/۱	.۰	.۰	۲	متادون + الکل
۹۷/۶	.۴	.۴	۱۷	سیپروهپتادین
۹۷/۹	.۳	.۳	۱۵	آهن
۹۸	.۱	.۱	۴	TCA+بتابلوکر
۹۸/۲	.۲	.۲	۱۰	ضد دیابت
۹۸/۲	.۰	.۰	۲	TCA+NSAIDs
۹۸/۲	.۰	.۰	۸	آنتی هیستامین
۹۸/۴	.۲	.۲	۴	ریتالین
۹۸/۴	.۰	.۰	۳	پیموزید
۹۸/۴	.۰	.۰	۲	لیدوکاین

۹۸/۴	.۰	.۰	۲	دیگوکسین
۹۸/۴	.۱	.۱	۶	SSRIs+آنتی سایکوز
۹۸/۵	.۰	.۰	۲	فولیک اسید
۹۸/۹	.۰	.۰	۲	آنتی اسید
۹۹	.۰	.۰	۱	آنتی سایکوز + لیتیوم
۹۹	.۰	.۰	۲	شل کننده عضلانی
۹۹/۱	.۱	.۱	۳	بوپروپیون
۹۹/۱	.۰	.۰	۲	دی سیکلومین
۹۹/۱	.۰	.۰	۲	GABA
۹۹/۱	.۰	.۰	۱	SSRIs+بتابلوکر
۹۹/۲	.۱	.۱	۴	SSRIs+ضدتشنج
۹۹/۶	.۳	.۳	۱۳	آرامبخش + متادون
۹۹/۱	.۱	.۱	۵	SNRI
۹۹/۷	.۰	.۰	۵	OCP
۹۹/۷	.۰	.۰	۲	ضداستفراغ
۹۹/۸	.۱	.۱	۶	خواب آور
۹۹/۹	.۰	.۰	۱	SSRIs+TCA
۹۹/۹	.۱	.۱	۴	BZD+HYPNOTICS
۱۰۰	.۰	.۰	۱	نالتروکسان
	۱۰۰	۹۹/۶	۴۴۴۰	مجموع
		.۴	۱۶	از دست رفته
		۱۰۰	۴۴۵۶	کل

دربین افرادی که به وسیله توکسین ها اقدام به خودکشی کرده بودند مصرف قلیا (۴/۷٪) و پس از آن ترکیبات ارگانوفسفره بیشترین شیوع را داشت (۲/۰٪). مصرف سوسک کش و قرص برنج به ترتیب در جایگاه سوم و چهارم از نظر فراوانی قرار داشت (۱/۸٪ و ۱/۷٪).

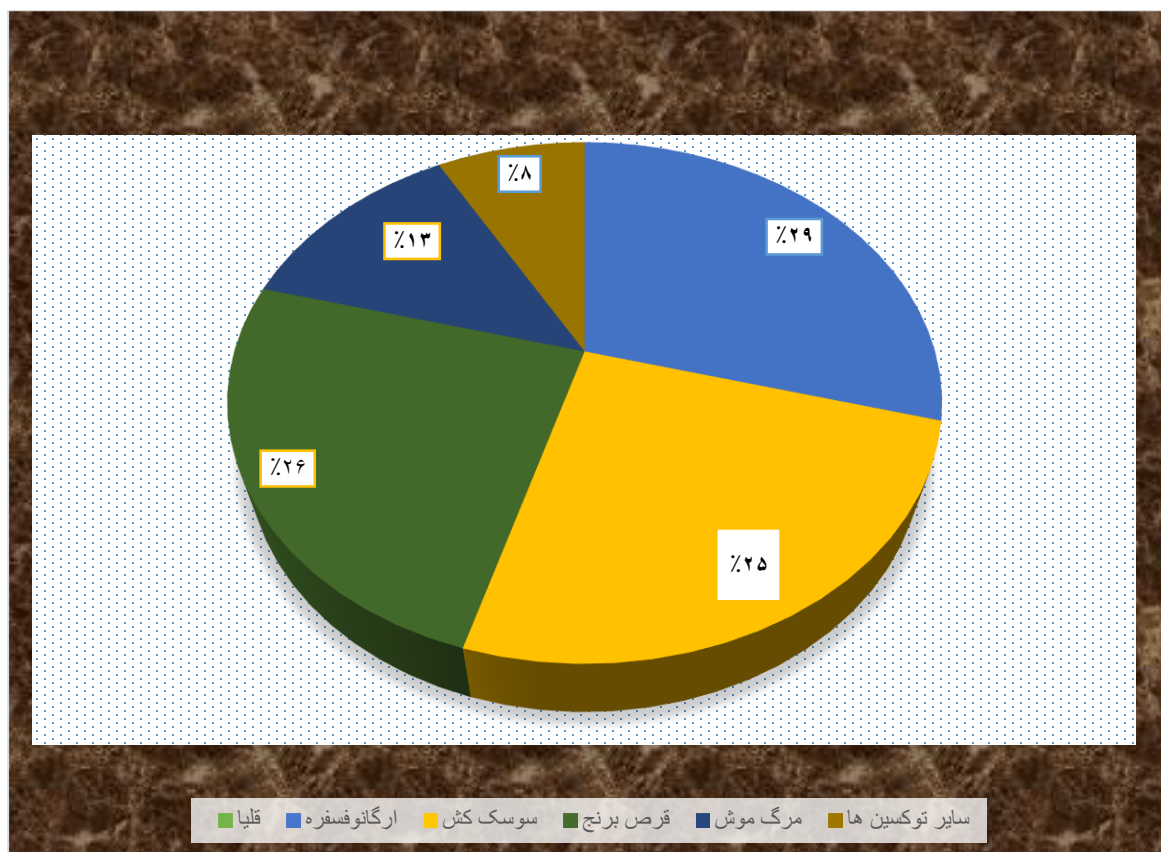
جدول ۴-۳۳ فراوانی موارد خودکشی غیر دارویی

ماده کشنده	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
مصرف دارو	۳۸۹۷	۸۵/۵	۸۵/۵	۸۷/۸
قلیا	۲۱۰	۴/۷	۴/۷	۹۲/۵
سوسک کش	۷۸	۱/۸	۱/۸	۹۴/۳
سم مورچه	۶	۰/۱	۰/۱	۹۴/۴
نفتالین	۱	۰/۰	۰/۰	۹۴/۴
سیانید	۲	۰/۰	۰/۰	۹۴/۵
جوهر نمک	۵	۰/۱	۰/۱	۹۴/۶
قرص برنج	۷۶	۱/۷	۱/۷	۹۶/۳
گوگرد	۱	۰/۰	۰/۰	۹۶/۳
ارگانوفسفره	۹۰	۲/۰	۲/۰	۹۸/۳
مرگ موش	۳۹	۰/۹	۰/۹	۹۸/۴
بنزین	۲	۰/۰	۰/۰	۹۹/۳
مرگ موش+الکل	۳	۰/۰	۰/۰	۹۹/۳
گاز خانگی	۵	۰/۱	۰/۱	۹۹/۳
سیگار	۱	۰/۱	۰/۱	۹۹/۴

۹۹/۵	.۲	.۲	۱۰	الکل
۹۹/۶	.۱	.۱	۳	نفت
۹۹/۸	.۱	.۱	۴	کرم اصلاح
۱۰۰	.۲	.۲	۵	تصادف عمدی
	۱۰۰	۹۹/۶	۴۴۴۰	مجموع
		.۴	۱۶	از دست رفته
		۱۰۰	۴۴۵۶	کل



نمودار میله ای ۴-۲۲ فراوانی خود کشی موارد غیر دارویی



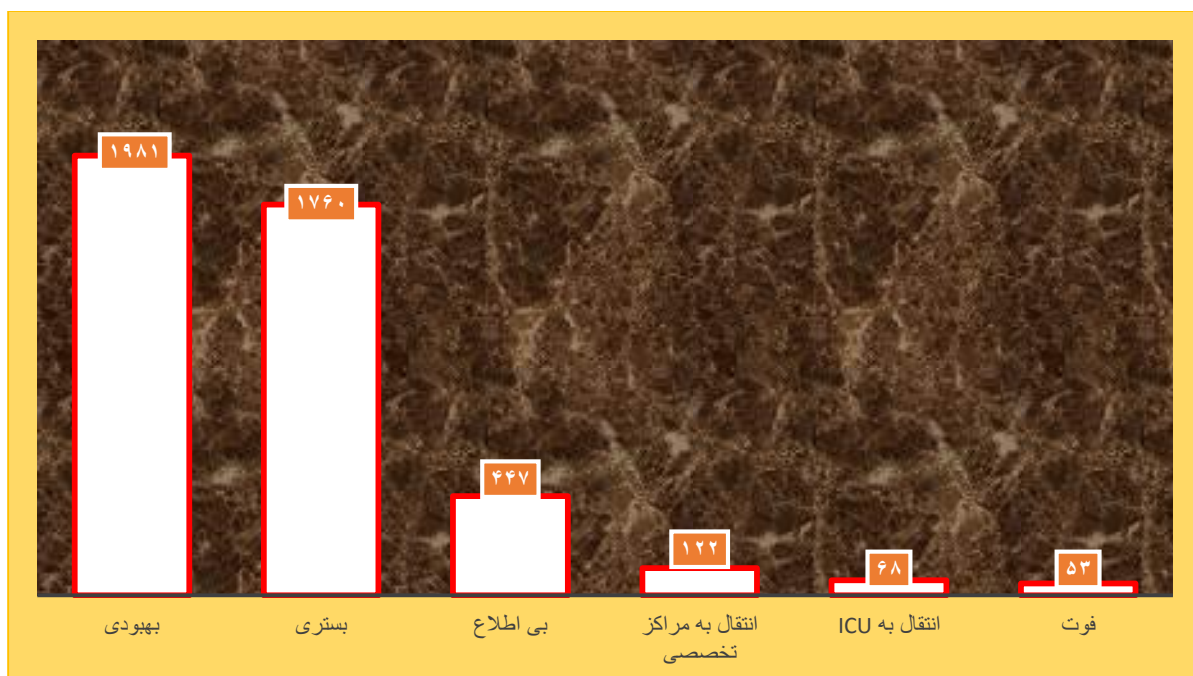
نمودار دایره ای ۴-۱۴ درصد فراوانی خود کشی موارد غیر دارویی

از میان ۴۴۴۰ فردیکه اقدام به خود کشی کرده بودند تعداد قابل توجهی از آنان بهبودی یافتند (۴۴/۵٪) و تنها چند ساعت بیشتر در بخش اورژانس بستری نشدند. ۱۷۶۰ نفر (۳۹/۱٪) نیاز به اقدامات پزشکی و بررسی بیشتر داشتند و چون ترخیص آنها در همان چند ساعت اولیه میسر نبود به جهت مراقبت های بیشتر به واحد مسمومیت انتقال داده شدند. ۱۲۲ نفر (۲/۷٪) از بیماران به جهت نبود امکانات کافی و از طرفی حیاتی بودن شرایط بیمار و نیاز به مراقبت های بیشتر به مرکز بوعلی سینا ارجاع داده شدند (بیمارانی که در مراکزی به جز شهرستان قزوین بستری بودند). به عللی از قبیل شرایط عمومی نامناسب علایم حیاتی مختل و...، ۶۸ نفر از بیماران (۱/۵٪) به واحد مراقبت های ویژه (ICU) انتقال داده شدند. در مجموع ۵۳ نفر (۱/۲٪) از فردیکه اقدام به خود کشی کرده بودند فوت کردند.

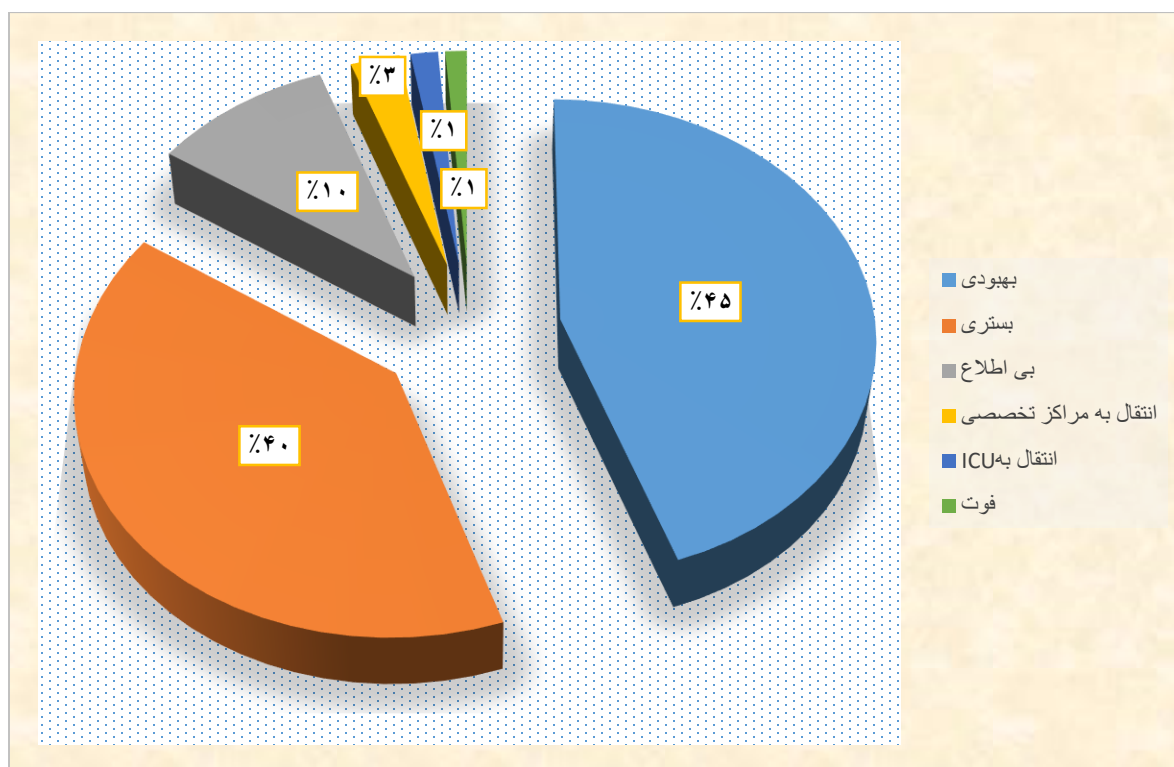
جدول ۴-۳۴ نتیجه اقدام به خودکشی

نتایج خودکشی	فراوانی	درصد	درصد اعتبار	درصد تجمعی
بی اطلاع	۴۴۷	۱۰/۶	۱۰/۶	۱۰/۶
بهبودی	۱۹۸۱	۴۴/۵	۴۴/۵	۵۵/۱
بستری	۱۷۶۰	۳۹/۱	۳۹/۵	۹۴/۶
انتقال به ICU	۶۸	۱/۵	۱/۵	۹۶/۱
اعزام به مراکز تخصصی	۱۲۲	۲/۷	۲/۷	۹۸/۸
فوت	۵۳	۱/۲	۱/۲	۱۰۰
مجموع	۴۴۴۰	۹۹/۶	۱۰۰	

		۴.	۱۶	از دست رفته
		۱۰۰	۴۴۵۶	کل



نمودار میله ای ۴-۲۳ فراوانی نتیجه اقدام به خودکشی



نمودار دایره ای ۴-۱۵ درصد فراوانی نتیجه اقدام به خودکشی

فصل پنجم

بحث ونتیجه گیری

۵-۱ بحث

در اجلاس سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ خودکشی و اقدام به آن یک مسئله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی اعلام شد. این پدیده افزون بر زیان های شخصی و خانوادگی یک زیان اجتماعی نیز شمرده می شود. اقدام به خودکشی با هدف آسیب رساندن به خود به طور آگاهانه و بیشتر در افراد خودمحور، مضطرب، پرخاشگر و ناتوان در برقراری ارتباط های اجتماعی انجام می شود [۱۸۳].

یکی از مهمترین روش های پیشگیری از خودکشی شناسایی افراد در معرض اقدام است. در نتیجه شناسایی افراد دارای افکار خودکشی خودکشی به عنوان یک فاکتور پیشگویی کننده مهم می تواند زمینه را برای مداخلات پیشگیری کننده از انجام خودکشی فراهم نماید، از طرف دیگر کسانی که دارای افکار خودکشی هستند بیشتر از عموم مردم به سرویس های درمانی مراجعه می کنند و در هنگام مراجعه نیز به توجه، مراقبت و اقدامات درمانی و مشاوره ای بیشتری نیاز دارند. در مجموع این افراد بار عمده ای را بر سیستم بهداشتی درمانی تحمیل می کنند [۱۸۵ و ۱۸۴]؛ با توجه به این که روش های پیشگیرانه از نظر اقتصادی نیز به مراتب به صرفه تر هستند، شناسایی افراد در معرض خطر امکان انجام خدمات مشاوره ای پیشگیرانه در این گروه و در نهایت ارایه مطلوب تر خدمات بهداشت روان را در جامعه فراهم می کند.

امروزه در سرتاسر جهان به دلیل اهمیت افزایش روزافزون خودکشی در بین همه کشورها، ۱۰ سپتامبر (مصادف با ۱۹ شهریور) به عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی توسط

سازمان جهانی بهداشت نام گرفته است. اهمیت این نام گذاری در جهت جلب توجه به خودکشی

به عنوان یک عامل اصلی قابل پیشگیری مرگ زودرس می باشد. بر همین اساس خودکشی از موضوعات دارای اولویت بهداشت روان برای سازمان جهانی بهداشت محسوب می شود [۱۸۶].

بر اساس نتایج مطالعه حاضر سن، جنس، میزان تحصیلات، فصل سال، وضعیت تاهل و روش خودکشی فاکتورهایی هستند که می توانند بر خودکشی یا اقدام به آن موثر باشند. در پژوهش حاضر مشخص شد عمده موارد خودکشی در فاصله سنی $26/44 \pm 9/77$ رخ می دهد به عبارتی عمده موارد خودکشی در قشر جوان، مولد و کارآفرین جامعه رخ می دهد.

واقعیت این است که خودکشی در بین همه گروه های سنی رخ می دهد اما در این میان جوانان بیشترین قربانیان خودکشی را تشکیل می دهند. مطالعه در خصوص الگوی اپیدمیولوژیک خودکشی در استان ایلام در سال ۱۳۸۴ نشان داد میانگین سنی قربانیان خودکشی ۲۹/۲ سال بوده است [۱۸۷]. در مطالعه دیگری که به بررسی روند خودکشی در شهرستان بجنورد طی سال های ۹۰-۱۳۸۵ پرداخته شده بود؛ میانگین سنی کسانی که اقدام به خودکشی کرده بودند را ۲۳/۴۴ سال برآورد نمودند. سازمان جهانی بهداشت در این زمینه یادآور می شود که اگر چه در گذشته میزان خودکشی بین مردان سالخورده بالاترین میزان بوده است، هم اکنون این میزان در بین جوانان در حال افزایش است تا حدیکه این گروه در یک سوم کشورها (در حال توسعه و توسعه یافته) در بالاترین میزان خطر خودکشی قرار دارند؛ بنابراین این یافته با سایر مطالعات دیگر داخلی و خارجی مطابقت دارد [۱۸۸-۱۹۲]. اگرچه تحقیقات نشان داده اند خودکشی در بین همه گروه های سنی رخ می

دهد[۷] ولی این مطلب که عمده موارد خودکشی در سنین جوانی رخ می دهد در مطالعات زیادی نشان داده شده است[۱۹۳و۱۹۱-۱۹۰]. با این حال به نظر می رسد عمده موارد خودکشی در این سنین به ارتباطات و تعاملات اجتماعی آن ها به ویژه با هم سالان، والدین و یا همسر خود، گرایش به سوء مصرف مواد و داروها و نیز ناهنجاری های فرهنگی و اقتصادی از جمله بیکاری باشد. هم چنین احتمال دخیل بودن عواملی مانند یاس و اختلال در عزت نفس، سرخوردگی، عدم درک، ناامیدی و یا رفتار نامناسب از سوی والدین و اطرافیان و بسیاری از موارد دیگر همه می توانند منشا تنش های روحی و روانی در بین جوانان باشد که در نهایت یکی از پیامدهای آن اقدام به خودکشی است.

به طور کلی تفاوت های قابل توجهی در روش خودکشی بین کشورهای مختلف وجود دارد. در سوئد چهار روش متداول تر شامل مسموم کردن ، حلق آویزی ، سلاح گرم و غرق کردن می باشد. در آمریکا سلاح گرم، حلق آویزی، مسموم کردن و جسم برنده و در هند مسموم کردن ، حلق آویزی خودسوزی، غرق کردن و در چین حلق آویزی، غرق کردن، مسموم کردن و پرتاب از بلندی متداول ترین روش خودکشی است[۱۹۴].

همچنین بررسی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۰ و در ۱۸ استان کشور نشان داد که بیشترین روشهای مورد استفاده برای خودکشی در کشور شامل خودسوزی، حلق آویزی، استفاده از دارو، مواد مخدر و سلاح گرم بود[۱۸۷].

بر اساس یافته های این پژوهش شایع ترین روش اقدام به خودکشی استفاده از داروها می باشد، و به طور معناداری بیشتر از سایر روشها مورد استفاده قرار گرفته است. این یافته با نتایج مطالعه امیری و همکاران [۱۹۵] و رضائیان و همکاران [۱۹۶] هم خوانی دارد. البته مطالعاتی در ایران و جهان وجود دارد که روش های دیگری شایع تر می باشد [۱۹۸ و ۱۹۷] که می تواند به علت شرایط متفاوت فرهنگی، اجتماعی، اعتقادی و قومی باشد. اما شایع بودن اقدام به خودکشی با دارو می تواند به علت سهولت دسترسی به داروها (از قبیل فروش بدون نسخه داروها توسط داروخانه ها، استفاده از داروهای شخصی در موارد ابتلا به بیماری های پزشکی یا روانپزشکی و...)، آشنا بودن با اثرات داروهای مختلف و بی درد بودن این روش باشد. در بین داروهای مورد استفاده گروه آرامبخش بنزودیازپینی بیشترین داروهای مورد استفاده بودند و پس از آن گروه غیر استروئیدی ضدالتهابی و ترامادول بیشترین داروهای مورد مصرف بودند. همچنین نتایج مطالعه حاضر با این مطلب که مردان با حلق آویزی در صورتی که زنان با خودسوزی، مصرف دارو و یا سم خود را به صورت موفق از بین می برند سازگاری دارد [۱۹۹]. علاوه بر این در کشور ما بر خلاف برخی دیگر کشورها از قبیل ایالات متحده آمریکا به علت محدودیت دسترسی به سلاح گرم؛ خودکشی با سلاح گرم به طور بسیار محدودی رخ می دهد بطوریکه عمده کسانی که با سلاح گرم اقدام به خودکشی می کنند به علت شغل خاص خویش دسترسی آسان به اسلحه گرم دارند (گروه نظامیان شکارچیان و...).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد عمده موارد خودکشی در زنان خانه دار و متاهل رخ می دهد. بیشتر بودن میزان خودکشی در میان افراد متاهل در مطالعات زیادی نشان داده شده است که از این میان می توان به مطالعات زارع و حسینی اشاره کرد [۲۰۰ و ۱۸۸] با وجودیکه بسیاری از مطالعات به ارتباط

بین تاهل و خودکشی اشاره می کنند نتیجه برخی دیگر مطالعات به ارتباط بین تجرد و خودکشی دلالت می کند [۲۰۱ و ۱۹۲]. به عنوان مثال در مطالعه کیت هاتون ثابت شد اکثر خودکشی ها در افراد مجرد بوده است [۲۰۲]. علت این تناقض شاید این باشد که در کشور ما ارتباط فرزندان با والدین محکم تر بوده و از حمایت بیشتری برخوردارند ولی به دلیل عدم دقت کافی و معیارهای غلط در انتخاب همسر، پس از تاهل با مشکلاتی مواجه می شوند ولی در جوامع غربی حمایت کمتری از سوی خانواده ها نسبت به فرزندان وجود دارد و طول موارد تجرد نیز زیاد بوده و به علت عدم وجود ارتباطات عاطفی در درون خانواده خودکشی در مجردها بیشتر است. همچنین شاید بتوان از دیگر علل بیشتر بودن خودکشی در میان زنان متاهل را بی توجهی عاطفی همسران آنان و نیز عدم آگاهی آنان از وجود مراجع حمایتی از قبیل روانپزشک، روانشناس، وکیل، پلیس، مشاور و... دانست چرا که بسیاری از افرادی که دست به خودکشی زده اند از وجود یک مرجع حمایتی قابل اعتماد آگاهی نداشتند. از طرفی اشتغال به عنوان عامل محافظتی در برابر خودکشی معرفی شده است و ارتباط مستقیمی بین عدم اشتغال و خودکشی وجود دارد [۲۰۳]؛ به عبارتی شاید بالاتر بودن میزان خودکشی در زنان خانه دار به علل استقلال اقتصادی نیز مربوط باشد. شاید بتوان گفت، استقلال اقتصادی در خانم ها مانعی برای اقدام به خودکشی است، می توان چنین نتیجه گرفت که اگر چه فعالیت های درون خانه اهمیت بسیاری دارند ولی موجب رضایت برخی خانم ها نمی شوند. علاوه بر این مشکلات و استرس های خانوادگی اگر وجود داشته باشد حتی اشتغال هم نمی تواند جلوی احساس ناامیدی و پوچی را در فرد بگیرد و سرانجامی جز خودکشی برای فرد نمی گذارد [۲۰۵ و ۲۰۴]. از سوی دیگر مطالعاتی که نتیجه آنها بیشتر بودن میزان خودکشی در میان مجردها را نشان داده علت آن را به

عللی چون تنش ها و بحران های روحی و روانی و دست به گریبان بودن آن ها با مشکل عمده بیکاری نسبت داده اند [۲۰۷، ۲۰۶ و ۲۰۱]. رتبه دوم اقدام کنندگان به خودکشی را دانش آموزان تشکیل می دادند. با توجه به اینکه دانش آموزان سهم قابل توجهی از میزان اقدام به خودکشی را در مطالعه حاضر تشکیل می دادند (۱۲/۵٪ از کل افراد مورد مطالعه) لذا این مطلب لزوم توجه هرچه بیشتر به این قشر را می رساند. بررسی ها نشان می دهد عمده خودکشی هایی که توسط دانش آموزان رخ می دهد در فاصله سنی ۱۷-۱۴ سال قرار دارد [۲۰۸]. این مطلب لزوم توجه ویژه به این موضوع را می رساند؛ چرا که خودکشی این افراد بار سنگینی را بر جامعه و خانواده تحمیل کرده. یافته های مطالعه حاضر نشان داد پس از مشاغل آزاد، صنف کارگران و نیز گروهی که اطلاع دقیقی از وضعیت شغلی آنها در دسترس نبود گروه دانشجویان بالاترین آمار خودکشی را داشتند. این مطلب و نیز لزوم توجه به اهمیت بالای آن در مطالعات گوناگونی اشاره شده است. آمار نیز نشان می دهد خودکشی در دانشجویان دومین علت مرگ و میر پس از تصادفات به حساب می آید. در ایالت متحده آمریکا و در فاصله سال ۲۰۰۲-۲۰۰۰؛ ۴۳۹۰ دانشجوی دست به خودکشی زده اند. مطابق با آمار دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم تحقیقات و فناوری، در فاصله سال های ۱۳۸۳-۱۳۷۳؛ ۲۹۲ مورد خودکشی در بین دانشجویان وزارت مذکور گزارش شده که از این میان ۲۵ خودکشی کامل بوده است [۲۰۹].

از این میان مطالعاتی متعددی به بررسی فراوانی خودکشی و نیز اقدام به خودکشی در میان دانشجویان گروه پزشکی پرداخته اند و نتیجه بسیاری از این مطالعات آسیب پذیری بیشتر این گروه را نشان داده اند؛ این گروه علاوه بر استرس های ناشی از محیط آموزشی در معرض استرسورهای

محیط بالینی نیز قرار می گیرند؛ زیرا تقریباً ۵۰ درصد زمان این دانشجویان به فعالیت های بالینی اختصاص دارد [۲۱۰]. در نتیجه عواملی چون تجارب تحقیرآمیز، محیط آموزشی، تجربیات بالینی، احساسات ناخوشایند، مشاهده مرگ و میر بیماران، مشاهده درد و رنج مردم، ترس از اشتباه در بالین بیمار، برخورد با انواع بیماری های خطرناک و واگیر، تذکر اساتید در حضور بیمار و ارتباط با پرسنل بیمارستان از عوامل استرس زایی است که دانشجویان در طول دوران تحصیل با آن دست و پنجه نرم می کنند [۲۱۱]. ازسوی دیگر دسترسی سریع تر به دارو ها و آگاهی بیشتر به اثرات و عوارض برخی دارو ها و مواد مخدر، پر استرس بودن محیط کاری و حتی اکراه داشتن از به کار بردن درمان های دارویی مناسب جهت افسردگی یا سایر اختلالات روانی، این گروه را جهت ابتلا به خودکشی آسیب پذیرتر کرده است [۲۱۲].

با توجه به شیوع بالای انواع بیماری های روانی در دانش آموزان و دانشجویان در ایران [۲۱۳ و ۲۱۴] یکی از دلایل خودکشی را می توان وجود بیماری های روانی مختلف در بین آنان دانست. بیماری های روانی که یکی از مهم ترین علل خودکشی در دنیا شناخته شده اند [۲۱۵ و ۲۱۶] هنگامی که با شکست تحصیلی همراه شوند ممکن است احتمال خودکشی در فرد را بالا ببرند. در مطالعه حاضر بسیاری از نمونه ها (دانش آموزان و دانشجویان) علت خودکشی خویش را به شکست تحصیلی نسبت می دادند؛ اما از آنجا که خود این افراد تعریف دقیقی از شکست تحصیلی نمی کردند و از طرفی در مطالعات نیز تعریف شکست تحصیلی به درستی ذکر نشده بود بنابراین دامنه این مشکل را می توان از عدم قبولی در امتحانات دبیرستان و کنکور تا مشکلات درسی در دانشگاه دانست این تفسیر را در مورد سایر انگیزه های قبلی خودکشی هم می توان بکار برد. یعنی با توجه به بالا بودن

شیوع افسردگی در جمعیت عمومی کشور و به ویژه زنان (افسردگی به عنوان رتبه دوم بار بیماری ها در زنان ایرانی مطرح است) در زمینه مشکلات سلامت روان مثل افسردگی، وقوع مشکلات خانوادگی و زناشویی می تواند منجر به خودکشی شود و منحصر به شکست تحصیلی نیست [۲۱۷]. لذا توصیه جدی به غربالگری بیماری های روانی مهم همچون افسردگی در بین دانش آموزان و دانشجویان می شود و لازم است مطالعات دقیقی برای بررسی اثر متقابل انواع بیماری های روانی و شکست تحصیلی بر روی خودکشی انجام شود.

برهمن اساس می توان گفت خودکشی از موضوعات دارای اولویت بهداشت روان در جامعه می باشد و این اولویت در گروه های خاص به دلیل شرایط ویژه ای که دارند بیشتر احساس می شود. از مهمترین این گروهها می توان به دانشجویان اشاره کرد که به دلیل شرایط سنی خاص، بالا بودن مجرد در بین آنها، دوری از خانواده، جدا شدن از متعلقات و وابستگی های چندین ساله، زندگی خوابگاهی، رویارویی با مشکلات اقتصادی، اجبار به پیدا کردن استقلال نسبی یا کامل [۲۱۸] مشکلات درسی، زندگی با دوستان جدید (و آینده ی کاری و زندگی نامعلوم و...) گروه در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی چون افسردگی و حتی افکار خودکشی به حساب می آیند [۲۱۹].

بالا بودن میزان اقدام به خودکشی در دو گروه صنف کارگر و افرادی که اخیرا شغل خویش را از دست داده بودند و یا از ابتدا بیکار بودند را می توان به مشکلات بالای اقتصادی در این دو گروه نسبت داد بطوریکه شیوع بالای گزارشات اقدام به خودکشی به دلیل مشکلات اقتصادی گواه این مطلب است. امکان برقراری عدالت اجتماعی و توزیع عادلانه ثروت در بین اقشار آسیب پذیر جامعه و همچنین سیاست هایی برای کم کردن فواصل طبقاتی در بین اقشار مختلف را می توان راهکارهایی برای حل

این مشکل دانست. جوانان بیش از افراد مسن اقدام به خودکشی می کنند و با افزایش سن، احتمال خودکشی کاهش پیدا می کند [۱۹۳ و ۱۹۱-۱۹۰] و پرواضح است که مهم ترین مشکل اقتصادی جوانان که منشا بسیاری از مشکلات اجتماعی و بهداشتی در جامعه است بیکاری می باشد؛ بنابراین می توان امید داشت که با افزایش اشتغال زایی بسیاری از مشکلات اجتماعی، از جمله خودکشی کاهش یابد. لازم است تاکید کنیم، احتمالاً کلیه دلایل اجتماعی منجر به خودکشی با یکدیگر اثر متقابل دارند و از سوی دیگر روی هم افتادگی زیادی بین این نوع متغیرها وجود دارد. به عنوان مثال مشکلات اقتصادی می توانند دلیلی برای درگیری های خانوادگی و مسایل عاطفی بین دو جنس باشد یا تمامی این مسایل باعث افزایش بیماری های روانی در ابتدای زندگی یا در جوانی شود که نهایتاً به خودکشی منجر شود؛ لذا شناسایی اینکه در حقیقت چه عاملی مرتبط با خودکشی است دشوار است و خودکشی همانند سایر بیماری غیرواگیر، یک معضل چند علیتی است. در این رابطه نیاز به مطالعات مورد شاهدهی با طراحی دقیق است که بتوانند نسبت شانس هر عامل خطر را ارزیابی کرده و اثر متقابل آنها را بسنجند [۲۲۳-۲۲۰].

با وجود اینکه عمده موارد اقدام به خودکشی توسط گروه زنان رخ داده بود (بیش از ۲ برابر نسبت به گروه مردان) ولی نتایج مطالعه حاضر نشان داد میزان خودکشی موفق در گروه مردان ۱/۵ برابر گروه زنان شایعتر می باشد (۶۲/۳٪ تمام موارد منجر به مرگ در مقابل ۳۷/۷٪ تمام موارد منجر به مرگ). این نکته که اقدام به خودکشی در میان زنان شایعتر است ولی خودکشی موفق در مردان شایعتر می باشد توسط تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است [۲۲۵ و ۲۲۴]؛ همچنین این نتایج می تواند مبین این نکته باشد که مردان در کشتن خود از قاطعیت بسیار بالایی برخوردار بوده و روش

های کشنده تری را جهت خاتمه دادن به زندگی خود به کار می گیرند. به عنوان مثال در کشور آمریکا مردان ۴ برابر بیشتر از زنان بر اثر خودکشی می میرند [۱۴]، میزان خودکشی موفق در مردان بیشتر و گاهی ۲-۳ برابر زنان است [۱۹۹ و ۲۰۱]؛ آماری که در سال ۱۳۸۰ توسط سازمان پزشکی قانونی در خصوص خودکشی منجر به مرگ در کشور ارایه گردید حاکی از آن بود که در هر یکصد هزار زن ۳/۱ و در هر یکصد هزار مرد ۷/۵ خودکشی موفق وجود داشته است [۱۶۴].

در پژوهش حاضر نیز مشخص شد عمده موارد خودکشی منجر به مرگ در گروه مردان به عللی چون دار زدن خویش، استفاده از سلاح گرم و یا مصرف موادی چون قرص برنج محدود می شود تا مصرف بیش از اندازه دارو و یا استفاده از سلاح سرد. با این وجود مطالعات محدودی در سطح دنیا وجود دارد که نتایج این قبیل از مطالعات بیشتر بودن فراوانی اقدام به خودکشی را در گروه مردان نسبت گروه زنان ثابت می کند [۲۲۸-۲۲۶]. علت بالاتر بودن اقدام به خودکشی در مردان را شاید بتوان به وجود مشکلات متعدد مالی و اقتصادی و همچنین بیکاری که مردان به عنوان سرپرست و تامین کننده هزینه های خود و خانواده با آن مواجه هستند نسبت داد.

نتیجه مطالعه حاضر همچنین مبین آن است که در میان فصول مختلف سال بیشترین میزان خودکشی در فصل تابستان به وقوع پیوسته است (۳۱/۸٪ تمام موارد اقدام به خودکشی) و پس از آن بیشترین میزان رخداد خودکشی مربوط به فصل پاییز بوده است (۳۱/۴٪ تمام موارد اقدام به خودکشی)؛ که این نتیجه با نتایج مطالعاتی که در شهرستان بجنورد و فارس [۲۲۹ و ۱۸۸] انجام شده بود هم خوانی دارد. مطالعات انجام شده در نیم کره شمالی و جنوبی نیز نشان می دهند میزان خودکشی در فصول گرم سال بیشتر است. محققان برای توجیه علمی تاثیر فصل بر افزایش

خودکشی به دو فرضیه اساسی استناد می‌کنند: فرضیه اول فرضیه اجتماعی-جمعیت شناختی (Socio demographic- hypothesis) است که براساس آن با شروع فصول گرم سال به ارتباطات اجتماعی افراد افزوده می‌شود. این ارتباطات برای افرادی که تحمل برخورد با دیگران را ندارند منجر به افزایش فشارهای روانی و در نهایت روی آوردن به خودکشی می‌گردد. فرضیه دوم که فرضیه زیست-آب و هوایی (Bioclimatic hypothesis) می‌باشد مبین آن است که با شروع فصل بهار و تابستان هم به درجه حرارت محیط اضافه می‌شود و هم طول ساعات روشنایی در روز افزایش پیدا می‌کند. چنین تغییرات محیط زیستی باعث افزایش ملاتونین و کلسترول تام سرم و به ویژه تغییر در مسیر تولید سرتونین می‌گردد که خود موجب افزایش دسترسی سلول‌های مغزی به ماده تریپتوفان سرم می‌شود؛ در نتیجه آمادگی فرد برای انجام خودکشی افزایش می‌یابد [۲۳۱ و ۲۳۰].

در مطالعه خزایی و همکاران [۲۰۶] مشخص شد فصل پاییز به طور معناداری و به میزان ۴ برابر بیشتر از فصل بهار باعث افزایش احتمال مرگ ناشی از اقدام به خودکشی می‌شود. هرچند در مطالعه رضائیان و همکاران مشخص شد احتمال مرگ ناشی از اقدام به خودکشی در فصل بهار ۱/۵ برابر بیشتر از فصل زمستان می‌باشد [۲۳۲]. مطالعات دیگری هر چند محدود به عدم وجود ارتباط معنادار میان فصل سال و یا حتی زمان اقدام به خودکشی (۲۴ ساعت شبانه روز) اشاره می‌کنند [۱۴۱].

بسیاری از مطالعاتی که به بررسی اپیدمیولوژی خودکشی پرداخته اند بیان کرده اند میزان اقدام به خودکشی [۱۹۹] و نیز شانس خودکشی موفق در افراد ساکن شهر به مراتب بیشتر از روستا نشینان است. به عنوان مثال نتیجه مطالعه ای با عنوان عوامل تعیین کننده خودکشی موفق نشان داد میزان

اقدام به خودکشی در افراد ساکن مناطق شهری بیشتر از ساکنین مناطق روستایی می باشد [۲۰۶]. مطالعات دیگری که توسط قلعه ای ها [۱۷۲] و سالاری لک [۱۹۰] انجام شد نتیجه مشابهی را ثابت کرد و همچنین نشان داده شد سکونت در شهر با خودکشی موفق در بین اقدام کنندگان به خودکشی از نظر آماری ارتباط معناداری داشت، به نحوی که احتمال مرگ ناشی اقدام به خودکشی در افراد مناطق شهری $\frac{3}{6}$ برابر بیشتر از ساکنین مناطق روستایی بود. در تحلیل نتایج به دست آمده این قبیل از مطالعات به موارد مختلفی اشاره شده است از جمله: زندگی در مناطق شهری با نبود حمایت، مشکلات متعدد اجتماعی و اقتصادی، عدم روابط صمیمانه و خوب اجتماعی در زندگی ماشینی شهری، برآورده نشدن نیازهای عاطفی افراد، استرس موجود در فضای پر هیاهوی شهر و به انزوا کشیده شدن شهروندان همراه است. همه این موارد به نوبه خود می تواند زمینه ساز بروز انواع بیماری های تهدیدکننده سلامت روان به ویژه افسردگی گردد که یکی از پیامدهای نامطلوب آن اقدام به خودکشی می باشد. مطالعه حاضر بیانگر این مطلب می باشد که عمده موارد خودکشی در افراد ساکن شهر رخ می دهد. اگرچه افراد ساکن روستا جمعیت کمتری از مطالعه حاضر را شامل می شدند (۲۴/۰٪) ولی با این وجود مشخص شد بین محل سکونت و خودکشی موفق ارتباط معناداری وجود ندارد.

باتوجه به اینکه نتیجه مطالعه حاضر در تضاد با نتیجه برخی از مطالعاتی می باشد که نتیجه آنها میزان خودکشی موفق را در مراکز شهر ها گزارش کرده اند می توان اینگونه توجیه کرد سکونت در روستا به عنوان یک فاکتور محافظت کننده از اقدام به خودکشی نمی تواند عمل کند وافرادی

که ساکن مناطق روستا نشین هستند به همان اندازه ساکنین شهر در معرض خطر اقدام به خودکشی هستند.

در پژوهش حاضر مشخص شد سطح تحصیلات عمده افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند دیپلم یا دبیرستان می باشد. مطالعات مختلف همچنین به ارزیابی میزان تحصیلات افراد و رابطه آن با اقدام به خودکشی پرداخته اند؛ اگرچه توافق نظری در میزان مقطع تحصیلات و اقدام به خودکشی وجود ندارد ولی با این وجود غالب مطالعات به این مطلب اشاره می کنند که بیشترین میزان اقدام به خودکشی در افرادی رخ می دهد که از میزان تحصیلات کمتری برخوردارند؛ به عنوان مثال در مطالعه ای ثابت شد بیشترین فراوانی خودکشی مربوط به کسانی است که از نظر تحصیلات دارای تحصیلات دوره راهنمایی بودند و کمترین فراوانی خودکشی مربوط به کسانی بود که تحصیلات آکادمیک (لیسانس و بالاتر) داشتند. در مطالعه دیگری که در همین راستا انجام شد مشخص شد بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی مربوط به کسانی بود که از سطح سواد پایینی (ابتدایی) برخوردار بودند و کمترین فراوانی مربوط به کسانی بود که تحصیلات عالیه (فوق لیسانس) داشته اند [۲۲۹]. مطالعه خزایی و همکاران نیز در تایید مطالب فوق ثابت کرد بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی به افرادی با سطح تحصیلات دبیرستان مربوط می شود [۲۰۶]. با توجه به نتایج فوق اینگونه به نظر می رسد که در افراد قشر تحصیل کرده به علت بالاتر بودن مهارتهای حل مساله و مقابله سالم و موثر با مشکلات زندگی، کنترل بر رفتار و بروز احساسات و افکار، پیدا کردن راهکاری مناسب حین مواجه شدن با مشکلات به جز خودکشی، عدم تعجیل به هنگام انتخاب تصمیمات مهم و ازطرفی کمتر

بودن میزان مشکلات خانوادگی و زناشویی، الکلیسم، [۲۶-۳۰] میزان خودکشی و اقدام به آن کمتر از افرادی است که از تحصیلات آکادمیک برخوردار نمی باشند.

البته باید یادآور این نکته مهم شد که شاید افرادی با این سطح تحصیلات در شهرستان های استان قزوین از جمعیت بالاتری برخوردار باشند بنابراین از لحاظ کلی شاید نتوان ادعا نمود که میزان خودکشی ارتباط معکوس معنی داری با سطح سواد در افراد دارد زیرا اولاً معنی داری این رابطه به مفهوم وجود رابطه علیتی نیست و ثانیاً آمار جمعیتی سطوح مختلف تحصیلی با یکدیگر برابر نیست بنابراین میزان خودکشی در آن ها متفاوت می باشد [۱۶۴].

بسیاری از مطالعاتی که در زمینه خودکشی و اقدام به آن طراحی شده است به وجود ارتباط میان وجود یک بیماری پزشکی و یا روانپزشکی و شانس اقدام به خودکشی یا تکرار آن اشاره می کنند. همچنین نتیجه این دسته از مطالعات سعی در نشان دادن وجود یک رابطه علیتی بین سابقه خودکشی قبلی و ریسک خودکشی مجدد دارند با این وجود نتایج مطالعه حاضر بیان کرد میان بیماری پزشکی و یا روانپزشکی قبلی و همچنین مراتب تلاش برای خودکشی ارتباطی وجود ندارد. به عنوان مثال برخی مطالعات شیوع خودکشی را در میان بیماران سرطانی دو برابر افراد عادی برآورد کرده اند [۴۱]. خطر مربوط به خودکشی در مراحل پیشرفته بیماری و به خصوص در بیمارانی که خستگی حاصل از سرطان مزمن را تجربه کرده اند افزایش می یابد، به خصوص در طول دوره بستری در بیمارستان، یا بلافاصله بعد از مرخص شدن از بیمارستان و در طول دوره نقاهت و در مواقعی که درمان های پزشکی و شیمیایی با شکست مواجه شود احتمال افکار خودکشی بالا می

رود. هر چند که تشخیص خطر خودکشی در بیماران سرطانی اهمیت زیادی دارد اما خطر خودکشی حتی بعد از درمان موفق هم تا مدت ها بالا است. چرا که این افراد دچار افسردگی مزمن هستند و احساس ناامیدی شدیدی دارند و به دست آوردن توانایی اولیه بعد از اختلال مزمن، وجود علل و نشانگان افسردگی در این افراد باعث ایجاد توانایی لازم جهت اقدام به خودکشی در این افراد می شود. دردهای ناشی از جراحی که بیماران سرطانی تجربه می کنند می تواند آمادگی آن ها را برای خودکشی افزایش دهد. در مجموع ترس از مرگ یا عدم بهبودی سرطان می تواند به افکار خودکشی منجر شود [۴۲].

احتمال خطر خودکشی در بین بیماران مزمن به خصوص بیماران سرطانی در زمان هایی که درمان با شکست های مکرر مواجه می شود و یا در طول دوره بستری شدن بالا می باشد. بیماری های جسمانی مزمنی مثل سرطان، صرع، صدمات جمجمه، بیماری های قلبی عروقی، دمانس، ایدز، برخی اختلالات غدد مثل بیماری کوشینگ احتمال بالایی از خطر خودکشی را دارند، چرا که عوامل مربوط به بیماری جسمانی مثل عدم توانایی حرکتی، بد ریختی بدن (به خصوص در زنان) و درد مزمن عامل اصلی افکار و رفتار خودکشی است [۴۲].

مطالعات حاکی از آن است که بین اسکیزوفرنی مزمن و افکار خودکشی و احساس بی لذتی رابطه زیادی وجود دارد [۸۱ و ۸۲] آمادگی مزاجی برای ابتلا به استرس، تعیین کننده واکنش افراد مبتلا به بیماری مزمن های و غوطه ور شدن در افکار و رفتار خودکشی می باشد. در این میان تجارب کودکی و عوامل ژنتیکی و محیطی بسیار تاثیرگذار هستند. برای مثال آمادگی مزاجی برای افکار

خودکشی تحت تاثیر بیماری هایی مثل صرع [۸۴و ۸۳]، هانتینگتون [۸۸-۸۵] الکل و سوء مصرف مواد [۸۹-۹۱] می باشد .

همچنین نتایج حاصل از یک مطالعه اپیدمیولوژیک که به مقصود مشخص کردن مهمترین فاکتورهای خطر در بیماران مراجعه کننده با خودکشی صورت گرفت بیان کرد: سابقه خودکشی قبلی، بیماری فیزیکی (به خصوص ESRD, CHF و کانسر) یا روانپزشکی کنونی (بیشترین بیماری روانپزشکی همراه اختلال افسردگی به دنبال اسکیزوفرنی و اختلال اضطرابی بود) مهمترین مواردی هستند که می توانند منجر به ناتوانی فرد در اداره زندگی خویش و نهایتاً خودکشی بیانجامد [۱۴۱].

بیشتر مطالعاتی که تا به امروز انجام شده است بیان کرده اند اختلال افسردگی شایعترین بیماری دیده شده در میان اقدام کنندگان به خودکشی می باشد به عنوان مثال نشان داده شده است در بین اختلالهای روانپزشکی، افسردگی با ۵۸ درصد بالاترین میزان خطر اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده است. افسردگی یکی از مهمترین علل بیماریزایی و ناتوانی در تمام کشورها است و منجر به اختلال عملکرد شغلی، اجتماعی و بین فردی شده و در نهایت ۱۵ درصد افراد افسرده در اثر خودکشی فوت می کنند که این میزان تقریباً ۱۲ برابر جمعیت عمومی است [۲۳۳]. افسردگی به عنوان شاخصی از رفتارهای درون سازی شده ارتباط مستقیم با رفتارهای خودکشی گرایانه به ویژه افکار خودکشی نوجوانان دارد، رفتارهای درون سازی شده به شکل کناره گیری از تعامل های اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی متجلی می شوند [۱۵۰]. در تحلیل این رابطه محققین بیان می کنند افراد افسرده ای که اقدام به خودکشی می کنند بر این باورند که امیدی به آینده وجود ندارد. پژوهش های متعدد نشان می دهد که ناامیدی یک مولفه جدی اقدام به خودکشی در

بیماران افسرده است [۲۳۴ و ۲۳۵]. بر اساس نظریه های آسیب شناختی افکار و اقدام به خودکشی ناشی از افسردگی، عوامل شناختی همچون منفی گرایی و ناامیدی به همراه دیدگاهی بد بینانه درباره آینده، باور به نقص و ناکارآمدی و انزوای اجتماعی می تواند آسیب پذیری فرد را در برابر افسردگی و خودکشی افزایش دهند [۲۳۶]. بک و همکاران [۲۳۷] معتقد بودند که افراد افسرده درباره خود، دنیا، تجارب و آینده افکار منفی دارند، دیگران را طرد کننده و غیرحمایت گر می بینند و خود را فردی دچار نقص و ضعف در جنبه های مهم می دانند که این امر از یک سو خطر مصرف مواد و از سوی دیگر خطر افکار خودکشی را در آنها افزایش می دهد. بر اساس نظر "بک" یک نظام خودکشی باوری (Suicidal Belief System) وجود دارد که دارای ۴ موضوع اصلی است که عبارتند از: بی یابوری و تنهایی، دوست داشتنی نبودن، عدم تحمل، درماندگی و احساس خستگی. این نحوه تفکر بیمار را به این باور هدایت می کند که برای مشکلاتش راه حلی وجود ندارد و بنابراین یکی از مفاهیم مطرح در آسیب شناسی شناختی این بیماران ضعف آنها در حل مساله است [۲۳۸]. یافته های برخی مطالعات نشان می دهد داشتن سابقه قبلی اقدام خودکشی با بالا بودن میزان تلاش فرد برای اقدام مجدد به خودکشی همراه است، به عنوان مثال نتایج مطالعه لینهان و همکاران مشخص کرد در ۹۰٪-۳۹٪ افراد مورد بررسی، سابقه قبلی اقدام به خودکشی وجود داشته است [۲۳۹]. نتایج تحقیقات دیگری در همین راستا انجام شد مشخص کرد غالب نمونه های مورد بررسی دارای سابقه قبلی خودزنی و اقدام به خودکشی بودند [۲۴۰ و ۲۴۱].

اگرچه نتایج مطالعه حاضر بیانگر این واقعیت می باشد که ارتباط معناداری میان وجود بیماری پزشکی و یا روانپزشکی و اقدام به خودکشی وجود ندارد ولی از آنجا که نتایج غالب مطالعات به وجود

این ارتباط مهم اشاره می کنند شاید بتوان علت این تضاد را اینگونه توجیه کرد: بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند تحت شرایط حاد و بسیار ملتهبی قرار داشته اند و در این شرایط به علت عدم توانایی تصمیم گیری صحیح و سلب توانایی حل مساله و یا کمک خواستن از فرد دیگری که توانایی اداره چنین شرایط خطیری را به خوبی می داند و می تواند به عنوان یک راهنما بهترین گزینه پیش رو را ارائه دهد (پزشک، روانپزشک، مشاور و...) به یک باره دست به نابودی خویش زده اند. گذارش هایی که در ارتباط با ندامت پس از خودکشی طراحی شده اند گواه همین مطلب می باشد و این موضوع اهمیت نقش مراجع حمایتی (روانپزشک، روانشناس، پلیس، وکیل و...) را در جامعه بیش از پیش هویدا می کند. به عبارتی اینگونه افراد به علت عدم توانایی تصمیم گیری صحیح و تحت شرایط بسیار حاد و پر استرسی به ناچار در برخورد با چنین شرایطی از سبک مقابله ای هیجان مدار (در مقابل سبک مقابله ای مساله مدار) استفاده کرده اند. نتیجه چنین تصمیم اشتباهی علاوه بر اینکه می تواند جبران ناپذیر باشد می تواند باعث صدمات و خسارات قابل توجهی به نظام بهداشتی یک کشور وارد نماید. اهمیت مطالب فوق با دانستن این مطلب که در دنیای پیشرفته امروز خودکشی دهمین علت مرگ در دنیا و دومین علت مرگ بین نوجوانان است واضح تر می شود [۲۱]. به عبارتی هر سه ثانیه یک مورد اقدام به خودکشی و هر ۴۰ ثانیه یک مورد خودکشی موفق در دنیا رخ می دهد [۲۱ و ۲۴۳] و این به معنی گذارش سالانه یک میلیون خودکشی موفق در سراسر دنیا می باشد [۱۹ و ۲۰].

۵-۲ نتیجه گیری

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد بیشترین موارد اقدام به خودکشی مربوط به زنان خانه دار، متاهل با تحصیلات متوسطه و ساکن شهر بود. بیشترین روش اقدام به خودکشی قرص خوراکی و بالاترین مراجعه مربوط به فصل تابستان و ماه شهریور بود، همچنین مشخص شد وجود بیماری های پزشکی و روانپزشکی و مراتب قبلی تلاش برای خودکشی ارتباطی با اقدام به خودکشی ندارد.

۵-۳ پیشنهادات

با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می رسد توجه و آموزش بیشتر (از طریق رسانه ها و برنامه های سلامت روان و...) به افراد متاهل، زنان و افرادی که تحصیلات پایین دارند بسیار حیاتی می باشد و نگاه بیشتر سیاستگذاران را در این امر می طلبد، رایج راهکارهایی بنیادی از طریق آموزش مستقیم و رسانه ای حین مواجه شدن با یک مشکل حاد و افزایش توانایی حل مساله حین مواجه شدن با چنین شرایطی. توصیه می شود سیاست هایی در جهت محدودیت و یا منع فروش بدون نسخه داروها انجام شود. در نهایت نیز توصیه می شود که جهت پیشگیری از اقدام به خودکشی و وقوع معضلات پس از آن اهمیت نقش مراجع حمایتی در جامعه از قبیل روانپزشک، روانشناس، پلیس، وکیل و... بیش از پیش در جامعه مشخص شود زیرا همانطور که می دانیم خودکشی و مرگ ناشی از آن قابل پیشگیری است.

فرم ۶-ع فرم ثبت موارد جدید اقدام به خودکشی	
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین - معاونت بهداشتی برنامه ادغام سلامت روان	
تاریخ اقدام به خودکشی: روز [] ماه [] سال []	نام شهرستان: []
نوع مرکز ارائه دهنده خدمات روانپزشکی: <input type="checkbox"/> خانه بهداشت <input type="checkbox"/> مرکز بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> اورژانس اجتماعی <input type="checkbox"/> زندان	
نام مرکز: []	
نام بیمار: [] نام خانوادگی بیمار: [] نام پدر: []	
شماره شناسنامه بیمار: []	کد ملی بیمار: []
کد ملی سرپرست خانوار: []	
تاریخ تولد: روز [] ماه [] سال [] سن: [] سال	جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
شغل: <input type="checkbox"/> قانین گزاران، مقامات عالی رتبه و مدیران <input type="checkbox"/> متخصمان <input type="checkbox"/> تکنسین ها و دستیاران <input type="checkbox"/> کارمندان امور اداری و دفتری <input type="checkbox"/> کارکنان خدماتی و فروشندگان <input type="checkbox"/> کارکنان کشاورزی، جنگلداری و ماهیگیری <input type="checkbox"/> صنعت گران و کارکنان مشاغل مربوط <input type="checkbox"/> متصدیان و مونتاژکاران ماشین آلات و دستگاه ها و رانندگان وسایل نقلیه <input type="checkbox"/> کارگران ساده <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)	
وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص تحصیلات: <input type="checkbox"/> بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدائی / نهضت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترای <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
منطقه سکونت: <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> روستا آدرس محل سکونت بیمار: [] تلفن تماس بیمار: []	
سابقه بیماری روانی در بیمار: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد در صورت مثبت بودن نوع بیماری ذکر شود	
سابقه بیماری جسمی در بیمار: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد در صورت مثبت بودن نوع بیماری ذکر شود	
سابقه اقدام به خودکشی در بیمار: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد در صورت مثبت بودن دفعات ذکر شود	
روش خودکشی: <input type="checkbox"/> مسمومیت با دارو <input type="checkbox"/> مسمومیت با سم و مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> مسمومیت با مواد مخدر <input type="checkbox"/> سلاح گرم <input type="checkbox"/> سلاح سرد <input type="checkbox"/> خودسوزی <input type="checkbox"/> دارزدن <input type="checkbox"/> پرتاب از بلندی <input type="checkbox"/> غرق کردن <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)	
نتیجه اقدام به خودکشی: <input type="checkbox"/> منجر به فوت نشده است: <input type="checkbox"/> بهبودی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> انتقال به ICU <input type="checkbox"/> اعزام <input type="checkbox"/> فوت	
تاریخ تکمیل فرم: []	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: []
نام و امضا مسئول مرکز: []	

Introduction: In 2020 Approximately one million five hundred and thirty thousand people will be die by suicide ,according to estimates of the World Health Organization And more than ten to twenty times of the world will commit suicide. The above means that in 2020, An average of one death by suicide every twenty seconds and one suicide attempt occurs every one to two seconds. This means annually report of one million suicide around the world. Current study aimed to determine of suicide prevalence and influenced factors in Qazvin province.

Material and Methods: In this descriptive and analytical study, records of people whose attempted suicide between 2013-2016 and in Qazvin province were examined. With using 14 questions Standard Check List ,and its validity has been proven. With using Chi-square test and Linear regression analysis at level of less than 0.05 was done.

Results: Of total number 4456 suicide attempters, records of 2988(%67.1) female and 1452(%33.9) male subjects , with mean age of 26.44 ± 9.77 (8-90 Years) and standard deviation 9.755 were assessed. Also information of 16 records regard as missing data due to incompletely. In this study, age, gender, occupation, marital status ,level of education, place of residence and season of year factors that influenced suicide, Also negative association between previous medical or psychiatric history , previous suicide attempts and number of suicide attempt was found .

Conclusion:The highest percentage of suicide related to housewives females, married with secondary education, living in city. Most commonly method for suicide was drug overdosage and highest hospital refer related to summer season and September month, it became clear previous medical and psychiatric history and previous attempt to suicide have no correlation with suicide.

Keywords:Suicide ,Influenced factors ,Qazvin.



**Qazvin University of Medical Sciences
School of Medicine**

Dissertation for receiving Medical Doctorate Degree

Title:

**Assessment of suicide attempt prevalence and influenced
factors in Qazvin province**

Supervisor:

Prf .Amir Pakpour

Advisor:

Mr.Mehran Alijanzade

By:

Mohamadhosein Yacubi

Reg No :

Sep 2009-Jun2017

References:

1-Minois G. History of suicide: voluntary death in Western culture. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 2009.

2-Beautrais A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case- control study. Am J Psychiatry 1996; 153(8): 1009-14.

3-World Health Organisation. World health report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 2002.

4-Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. Suicidology. 2002;7(2):6-8

5-World Health Organization. Suicide Prevention (SUPRE). [cited 2008 Oct 25]. Available from: URL: [http://www. WHO. Int /mental _health/ prevention/ suicide/ suicideprvent / en ./](http://www.WHO.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

6-Stark C, Smith H, Hall D. Increase in parasuicide in Scotland. BMJ, 1994; 308: 1569-70.

7-McClure GM. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. Br J Psychiatry 2001; 178: 469-74.

۸-حسن زاده سید مهدی ، کوهی حبیبی، حفاظی میترا. پیشگیری از خود کشی برای کارکنان آموزش و پرورش. انستیتو روانپزشکی تهران- مرکز تحقیقات بهداشت تهران ۱۳۸۶.

9-Cosar B, Kocal N, Arikan Z, Isik E. Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. *Can J Psychiatry* 1997; 42(a0): 1072-5.

10-Khan MM, Syed EU. Suicide in Asia: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. Wiley-Blackwell: Oxford, UK; 2011. P.487-506.

11-Khan MM, Naqvi H, Thaver D, Prince M. Epidemiology of suicide in Pakistan: Determining rates in six cities. *Arch Suicide Res* 2008;12:155-60.

12-Beautrais AL. Suicide in Asia. *Crisis* 2006;27:55-7.

13-Thomas K, Gunnell D. Suicide in England and Wales 1861-2007: a time-trends analysis. *Int J Epidemiol* 2010;14:253-8.

14-Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ. Prevalence of suicidal behaviours in two Australian general population surveys: methodological considerations when compareing across studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;12:453-7.

15-Ghasemi Q, Asadollahi Q. The amount of contrastive social support, family atmosphere and stressor events in the action of the group to commit suicide and normal, Psychiatry group. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2003. [In Persian].

16-Ministry of Health and Medical Science. Manual of Adult Psychiatric Disease Care. Kerman: Medical Science University; 2008

- 17-Ahmadi A, Mohammadi R, Stavrinis D, Almasi A, Schwebel D. Self-immolation in Iran. J Burn Care Res 2008;29:451-60.
- 18-Moradi S, Khademi A. Assessment of suicide deaths in comparison with the rate of global. J Forensic Med 2003;8:8-12.
- 19-Nock MK, Banaji MR. Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. J Consult Clin Psychol 2007; 75: 707-715.
- 20-Grzywa A, Kucmin A, Kucmin T. Suicide problems--epidemiology, factors, motives and prevention. Pol Merkur Lekarski 2009; 27: 432-6.
- 21-Hawton K, van HK. Suicide. Lancet 2009; 373(9672): 1372-81.
- 22-Gururaja G. Suicide Prevention: Emerging from Darkness. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South East Asia; 2001.
- 23-Kaplan H, Sadock B. Pocket hand books of clinical psychiatry. 3rd ed. Lippincott: Williams and Wilkins; 2001.P.262.
- 24-Brugnoli R, Novick D, Haro JM, Rossi A, Bortolomasi M, Frediani S, et al. Risk factors for suicide behaviors in the observational schizophrenia outpatient health outcomes (SOHO) study. BMC Psychiatry 2012; 12: 83.
- 25-Perkins DF, Hartless G. An ecological risk-factor examination of suicidal ideation and behavior in adolescent. J Adolesc Res, 2002; 17(1), 3-26.

26-da Silveira DX, Jorge MR. Reports of attempted suicide among Brazilian addicts. Psychol Rep. 2004;95(1):71–4.

27-Pacheco PB, Lizana CP, Celhay SI. Diferencias clínicas entre 164dolescents hospitalizados por 164doles suicida y 164dolescents hospitalizados por otra causa psiquiátrica. Rev Med Chile. 2010;138(2):160–7.

28-Malbergier A, de Andrade AG. Depressive disorders and suicide attempts in injecting drug users with and without HIV infection. AIDS Care. 2001;13(1):141–50.

۲۹-نظر زاده میلاد، بیدل زینب، ایوبی عرفان. تعیین عوامل مرتبط با انگیزه خودکشی در ایران: مطالعه مرور منظم و متاآنالیز. مجله حکیم. ۱۳۹۱، سال ۱۵ شماره ۴، ۳۶۳-۳۵۲.

30- www.scotland.gov.uk/socialresearch.

31-Gusmão R, Quintão S. P-1421-The epidemiology of suicide in Portugal: 1980–2009. European Psychiatry 2012;27: 1.

32-Miret M, Ayuso-Mateos JL, Sanchez-Moreno J, Vieta E. Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. Neurosci Biobehav Rev. 2013 Jan 11. pii: S0149-7634(13)00009-2

33-Bantjes J, Kagee A. Epidemiology of suicide in South Africa: Setting an agenda for future research. S Afr J Psychol 2013; 43(2): 238-51.

- 34-Weber NS, Fisher JA, Cowan DN, Postolache TT, Larsen RA, Niebuhr DW. Descriptive epidemiology and underlying psychiatric disorders among hospitalizations with self-directed violence. *PloS one* 2013;8(3):e59818.
- 35-Guthrie E. Emotional disorder in chronic illness: Psychotherapeutic interventions. *Br J Psychiatry* 1996; 168(3): 265-73.
- 36-Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA* 2003; 289(23): 3095-105.
- 37-Shanmugasegaram S, Russell KL, Kovacs AH, Stewart DE, Grace SL. Gender and sex differences in prevalence of major depression in coronary artery disease patients: A meta-analysis. *Maturitas* 2012; 73(4): 305-11.
- 38-Blanco C, Vesga-López O, Stewart JW, Liu S-M, Grant BF, Hasin DS. Epidemiology of major depression with atypical features: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2012; 73(2): 224-32.
- 39-Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170(3): 205-28.
- 40-Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nord J Psychiatry* 2005; 59(5): 319-24.

- 41-Zaza C, Baine N. Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(5): 526-42.
- 42-Nikcevic AV, Kuczmierczyk AR, Bruch M. Formulation and treatment in clinical health psychology. London: Routledge; 2006.
- 43-Smith MT, Edwards RR, Robinson RC, Dworkin RH. Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: Factors associated with increased risk. *Pain* 2004; 111(1): 201-8.
- 44-Failde I, Dueñas M, Agüera-Ortíz L, Cervilla JA, Gonzalez-Pinto A, Mico JA. Factors associated with chronic pain in patients with bipolar depression: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2013;13:112.
- 45-Cho S, Hwang H, Lee J-H. Pain intensity and suicidal ideation of people in chronic pain: Mediating effects of depression. *Social Behavior and Personality: an international journal* 2013; 41(3): 509-16.
- 46-van Tilburg MA, Spence NJ, Whitehead WE, Bangdiwala S, Goldston DB. Chronic pain in adolescents is associated with suicidal thoughts and behaviors. *J Pain* 2011; 12(10): 1032-9.
- 47-Penttinen J. Back pain and risk of suicide among Finnish farmers. *Am J Public Health* 1995; 85(10): 1452-3.
- 48-Kikuchi N, Ohmori-Matsuda K, Shimazu T, Sone T, Kakizaki M, Nakaya N, et al. Pain and risk of completed suicide in Japanese men: A

population-based cohort study in Japan (Ohsaki Cohort Study). *J Pain Symptom Manage* 2009; 37(3): 316-24.

49-Fishbain DA, Lewis JE, Gao J, Cole B, Steele Rosomoff R. Are chronic low back pain patients who smoke at greater risk for suicide ideation? *Pain Med* 2009; 10(2): 340-6.

50-Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med* 2006; 36(5): 575-86.

51-Stenager EN, Stenager E, Jensen K. Attempted suicide, depression and physical diseases: A1-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 1994; 61(1-2): 65-73.

52-Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(3): 678-90.

53-Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain* 2004; 5(4): 195-211.

54-Nieto R, Raichle KA, Jensen MP, Miró J. Changes in pain-related beliefs, coping, and catastrophizing predict changes in pain intensity, pain interference, and psychological functioning in individuals with myotonic muscular dystrophy and facioscapulohumeral dystrophy. *Clin J Pain* 2012; 28(1): 47-54.

55-Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 2001; 17(1): 52-64.

56-Severeijns R, Vlaeyen JW, van den Hout MA, Picavet HSJ. Pain catastrophizing is associated with health indices in musculoskeletal pain: A cross-sectional study in the Dutch community. *Health Psychol* 2004; 23(1): 49-57.

57-Edwards RR, Smith MT, Kudel I, Haythornthwaite J. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain* 2006; 126(1): 272-9.

58-Cheatle MD. Depression, chronic pain, and suicide by overdose: on the edge. *Pain Med* 2011; 12(s2): S43S8.

59-Edwards RR, Cahalan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol* 2011; 7(4): 216-24.

60-Edwards RR, Bingham CO, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research* 2006; 55(2): 325-32.

61-Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Rev Neurother* 2009; 9(5): 745-58.

62-Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(7): 617- 26.

63-Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2006; 115(3): 616- 23.

64-Joe S, Baser RE, Breeden G, Neighbors HW, Jackson JS. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among blacks in the United States. *JAMA* 2006; 296(17): 2112-23.

65-Borges G, Nock MK, Abad JMH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO world mental health surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(12): 1617- 28.

66-Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the national comorbidity survey replication. *Mol Psychiatry* 2009; 15(8): 868-76.

67-Saffier K, Colombo C, Brown D, Mundt MP, Fleming MF. Addiction severity index in a chronic pain sample receiving opioid therapy. *J Subst Abuse Treat* 2007; 33(3): 303-11.

68-Bohnert AS, Roeder KM, Ilgen MA. Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: Comparing correlates in a US national study. *Drug Alcohol Depend* 2011; 119(1): 106-12.

69-Backmund M, Meyer K, Schütz C, Reimer J. Factors associated with suicide attempts among injection drug users. *Subst Use Misuse* 2011; 46(12): 1553-9.

70-Darke S, Torok M, Kaye S, Ross J. Attempted suicide, self-harm, and violent victimization among regular illicit drug users. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40(6): 587-96.

71-Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, De Graaf R, Asmundson GJ. Ten have m anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts a populationbased longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiat*. 2005; 62: 1249-1257.

72-Matthew K. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133–154

73-Elizabeth Maloney, Louisa Degenhardt, shane darke, and elliot c. nelson impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiat Res* 2009; 169: 16–21.

74-Theodore W, Bender, Kathryn H, Gordon, Konrad Bresin, Thomas E., Joiner Jr. Impulsivity and suicidality: the mediating role of painful and provocative experiences. *J Affect Disorders* 2010; 12: 301–307.

75-Rothmann S Van Rensburg P. Psychological strengths, coping and suicide ideation in the South African police services in the North West province. *SA Journal of Industrial Psychology* 2002; 28: 3949.

76-Meghan AM, Daniel L. Segal and Frederick L. Coolidge. Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging Ment Health* 2010; 14: 1015–1023.

77-Lee YS, Suchday S, Wylie-Rosett J. Perceived social support, coping styles, and chinese immigrants' cardiovascular responses to stress. *Int J Behav Med* 2012; 19: 174–185.

78-von Borczyskowski A, Lindblad F, Vinnerljung B, Reintjes R, Hjern A. Familial factors and suicide: An adoption study in a Swedish National Cohort. *Psychol Med* 2011; 41(4): 749-58.

79-Andriopoulos I, Ellul J, Skokou M, Beratis S. Suicidality in the “prodromal” phase of schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2011; 52(5): 479-85.

80-Watson CG, Kucala T. Anhedonia and death. *Psychol Rep.* 1978; 43(3f): 1120-2.

81-Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsä ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2010; 167(7): 801-8.

82-Riihimäki K, Vuorilehto M, Melartin T, Haukka J, Isometsä E. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: A 5-year prospective study. *Psychol Med* 2013: 1-12.

83-Hecimovic H, Salpekar J, Kanner AM, Barry JJ. Suicidality and epilepsy: A neuropsychobiological perspective. *Epilepsy Behav* 2011; 22(1): 77-84.

84-Mula M, Bell GS, Sander JW. Suicidality in epilepsy and possible effects of antiepileptic drugs. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2010; 10(4): 327-32.

85-Schoenfeld M, Myers RH, Cupples LA, Berkman B, Sax DS, Clark E. Increased rate of suicide among patients with Huntington's disease. *J of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1984;47(12):1283-7.

86-Paulsen JS, Hoth KF, Nehl C, Stierman L. Critical periods of suicide risk in Huntington's disease. *Am J Psychiatry* 2005; 162(4): 725-31.

87-Craufurd D, Thompson JC, Snowden JS. Behavioral changes in Huntington disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2001; 14(4): 219-26.

88-Shannon KM. Emergencies in Huntington's Disease. In: Frucht, Steven J, Editor. *Movement disorder emergencies: diagnosis and treatment*. New York: Springer; 2013: 179-88.

89-Placidi G, Oquendo MA, Malone KM, Huang Y-Y, Ellis SP, Mann JJ. Aggressivity, suicide attempts, and depression: relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels. *Biol Psychiatry* 2001; 50(10): 783-91.

90-Epelbaum C, Taylor ER, Dekleva K. Immigration trauma, substance abuse, and suicide. *Harv Rev Psychiatry* 2010; 18(5): 304-13.

91-Lamis DA, Malone PS, Langhinrichsen-Rohling J, Ellis TE. Body investment, depression, and alcohol use as risk factors for suicide proneness in college students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2010; 31(3):118-27.

92-Sahebzamani FM, D'Aoust RF, Friedrich D, Aiyer AN, Reis SE, Kip KE. Relationship among low cholesterol levels, depressive symptoms, aggression, hostility, and cynicism. *J Clin Lipidol* 2013; 7(3):20816.

93-Klinitzke G, Steinig J, Bluher M, Kersting A, Wagner B. Obesity and suicide risk in adults: A systematic review. *J Affect Disord* 2013; 145(3): 277-84.

94-Miniño AM, Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: final data for 2008. *National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System* 2011; 59(10): 1-126.

95-Luo F, Florence CS, Quispe-Agnoli M, Ouyang L, Crosby AE. Impact of business cycles on US suicide rates, 1928–2007. *Am J Public Health* 2011; 101(6): 1139-46.

96-Miniño AM, Murphy SL. Death in the United States, 2010. *NCHS data brief* 2012; 99(10): 1-8.

97-Ilgen MA, Kleinberg F, Ignacio RV, Bohnert AS, Valenstein M, McCarthy JF, et al. Noncancer Pain Conditions and Risk of Suicide *JAMA Psychiatry* 2013; 70(7): 692-7.

98-Heron M. Deaths: leading causes for 2008. *National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Natl Vital Stat Rep* 2012; 60(6): 1- 94.

99-Westermeyer JF, Harrow M, Marengo JT. Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179(5): 259-66.

100-Okifuji A, Benham B. Suicidal and Self Harm Behaviors in Chronic Pain Patients. *J Appl Biobehav Res* 2011; 16(2): 57-77.

101-Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(3): 247-53.

102-Donker T, Calear A, Grant JB, van Spijker B, Fenton K, Hehir KK, et al. Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: A systematic review. *BMC Psychology* 2013; 1(1): 6.

103-Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005; 187(1): 9-20.

104-Melle I, Johannessen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Course and predictors of suicidality over the first two years of treatment in first-episode schizophrenia spectrum psychosis. *Arch Suicide Res* 2010; 14(2): 158-70.

105-Kanzler KE, Bryan CJ, McGeary DD, Morrow CE. Suicidal ideation and perceived burdensomeness in patients with chronic pain. *Pain Pract* 2012; 12(8): 602-9.

106-Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Diaz Sastre C, Saiz-Ruiz J, De Leon J. Suicidal behavior in schizophrenia and depression: a comparison. *Schizophr Res* 2005; 75(1): 77-81.

107-Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie S. Psychological autopsy studies of suicide: Asystematic review. *Psychol Med* 2003; 33(3): 395-405.

108-Carlborg A, Winnerbäck K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P. Suicide in schizophrenia *Expert Rev Neurother*. 2010; 10(7): 1153-64.

109-Shrivastava A, Johnston ME, Shah N, Innamorati M, Stitt L, Thakar M, et al. Persistent suicide risk in clinically improved schizophrenia patients: Challenge of the suicidal dimension. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010; 6(1): 633-8.

110-Faizolahi A. metha analyses survey of suicide in Ilam. Booklet of national conference of suicide. jameshenasan publication. 2011;81

111-Hossainifar J. survey of the causes of suicide and its relationship with demographic variables among patients admitted to the emergency department of Imam Khomeini (RA) in Ardabil. Booklet of national conference of suicide. Jameshenasan publication.2011; 349-355

112-Falahi S. Ideological discourse of patriarchy and female suicides and important causes of suicide in Ilam women. Booklet of national conference of suicide. jameshenasan publication, 2011. P169171

113-Ayaseh A. Vaezzadeh S, social discipline and suicide thinking through women 15-30 years old in Kermanshah province. Booklet of national conference of suicide. jameshenasan publication. 2011; 73-85

114-Ayar A. Causes affected in suicide in dareh shahr country side from 2003 to 2005. Booklet of national conference of suicide. jameshenasan publication. 2011; 45-56

115-Sayehmiry K, Keikhavani S. survey of suicide trend and causes in Ilam province from 1992-2007. Booklet of national conference of suicide. jameshenasan publication. 2011; 587-590

116-Nazarzadeh M, Bidel Z, Sayehmiri K. Estimate the prevalence of physical methods used in attempted suicides in Iran: A systematic review and meta-analysis. J Saf Promot Inj Prev. 2013;1(1):25-44. [Persian].

117-Shader IR. Manual of Psychiatry, 2nd edition. Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia, 1994. Chapter 17. p. 163.

۱۱۸-محسنی تبریزی، علیرضا. "ملاحظات در باب نظریه ی خودکشی دورکهایم". نامه ی علوم اجتماعی. دوره ی جدید ج. ۳ زمستان ۱۳۷۳. تهران. صص ۱۴۹-۱۱۷

119-Witte, T.K., Fitzpatrick, K.K., Joiner, T.E., & Schmidt, N.B. (2005). Variability in suicidal ideation: A better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation? Journal of Affective Disorders, 88, 131-136.

120-Rudd, Joines & Rajab. Coping with suicide. Trans. Foroughan M. Tehran: Roshd Pub: 2001.

121-Liu X, Tein JY, Zhao Z, Sandler IN. Suicidality and correlates among rural adolescents of China. J Adolesc Health 2005; 37(6): 443-51.

122-Rodríguez AH, Caldera T, Kullgren G, Renberg ES. Suicidal expressions among young people in Nicaragua: A community based study. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol*. 2006; 41(9): 692–7.

123-Ghaemi Ali. *Social Hurts & Consequences: Cause, prevention and treatment*. Tehran: Amiri Pub: 1985. [In Persian].

124-Fortinash KM, Holoday- Worret PA. *Psychiatric nursing mental disorders, nursing*. Trans. Ashuri E. Tehran. Kalam-e- hagh Pub; 2012. [In Persian].

125-Reis Dana F. *Investigation of Iran Social Pathology*. Tehran: Iran Well-being Organization Pub: 2001.

126-Carter M., Mc Gee R., Taylor B., Williams S. Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *J Adolesc* 2006; 30(1), 51–62.

127-Sun RC. Hui EK. , Watkins D. Towards a model of suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents. *J Adolesc* 2006; 29(2), 209–24.

128-Akleema A, Hari DM. Social predictors of suicidal behaviour in adolescents in Trinidad and Tobago. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40(3), 186–91.

129-Omigbodun O, Dogra N, Esan O, Adedokun B. Prevalence and correlates of suicidal behavior among adolescents in Southwest Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 2008; 54(1): 34-46

130-Maimon D, Browning CR., Brooks-Gunn J. Collective efficacy, family attachment, and urban adolescent suicide attempts. *J Health Soc Behav* 2010; 51(3): 307-24

131-Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica* 2006; 113:180–206.

132-Mousavi F, Sajjadi H, Rafiei H, Fayzi A. Investigating family factors related to suicide attempts. *Social Well-fare Journal* 2008; 52: 27-72. [In Persian].

133-Goodwin DR., Beautrais AL, Fergusson DM. Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: Evidence from a general population sample. *Psychiatry Research* 2004; 126(2), 159– 65.

134-Perkins DF, Hartless G. An ecological risk-factor examination of suicidal ideation and behavior in adolescent. *J Adolesc Res*, 2002; 17(1), 3-26.

135-Memari A, Ramim T, Amirmoradi F, Khosravi Kh, Godarzi Z. Causes of suicide in married women. *Hayat*. 2006; 12(1): 47-53(Persian).

136-Marchi AG, Messi G, Renier S. Epidemiology of children poisoning: comparison between telephone inquiries and emergency room visits. *Vet Hum Toxicol* 1992; 34(5): 402-4.

137-Lamireau T, Llanas B, Kennedy A, Fayon M, Penouil F, Favarell-Garrigues JC, et al. Epidemiology of poisoning in children: a 7-year

survey in a paediatric emergency care unit. Eur J Emerg Med 2002; 9(1): 9-14.

138-Eizadi-Mood N, Sabzghabae AM, Yaraghi A, Montazeri K, Golabi M, Sharifian A, et al. Effect of antioxidants on the outcome of therapy in paraquat intoxicated patients. Tropical Journal of Pharmaceutical Research 2011; 10(1): 27-31

139-Van der Hoek W, Konradsen F. Risk factors for acute pesticide poisoning in Sri Lanka. Trop Med Int Health 2005; 10(6): 589-96.

140-Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. Int J Epidemiol. 2005;34(2):433-42.

141-Brugnoli R, Novick D, Haro JM, Rossi A, Bortolomasi M, Frediani S, et al. Risk factors for suicide behaviors in the observational schizophrenia outpatient health outcomes (SOHO) study. BMC Psychiatry 2012; 12: 83.

142-Pearson V, Phillips MR, He F, et al. Attempted suicide among young rural women in the People's Republic of China: possibilities for prevention. Suicide life Threat Behav. 2002; 32(4): 359-69.

143-Calvo JM, Sanchez R, Tejada PA. Prevalence and associated factors with suicidal thinking among university students. Universidad

Nacional de Colombia. Instituto de Salud en el Trópico. 2003;5(2):123-43.

144-Sanchez R, Caceres H, Gomes D. Suicidal ideation among university adolescents : prevalence and associated factors .Biomedical. 2002 22(2):407-16.

145-Schweitzer R, Klayich M, Mclean J. Suicidal ideation and behaviors among university students in Australia. The Australian and New Zealand journal of Psychiatry. 1995;29(3):473-9.

146-Konick, Lisa.C & Gutierrez. Peter, M. (2005). “Testing a Model of Suicide Ideation in College Student”, Suicide and LifeThreatening Behavior, Vol.35, No.2:181-192.

147-Hirsch, K. Jameson & Kenneth, R. Conner & Duberstein, R. Paul.. “Optimism and Suicide Ideation among Young Adult College Students”, Archives of Suicide Research. 2007 ; Vol.11, No. 2:177-185.

148-Dirks, Aprill, B. (2007). Suicidal ideation among maltreated adolescents: an application of strain theory.(Ph.D Thesis).The University of Iowa.

149-Hay, Carter & Meldrum, Ryan (2010).“Bullying Victimization and Adolescent Self-Harm: Testing Hypotheses from General Strain Theory”, Journal of Youth Adolescence,Vol. 39:446-459.

150-Kuhlberg JA, Peña JB, Zayas LH. Familism, parent-adolescent conflict, self-esteem, internalizing behaviors and suicide attempts among . Child Psychiatry and Human Development. 2010;41:425-40.

151-Hufford M.R. Alcohol and Suicidal behavior. Clinical Psychology Review 2001;21(5):797-811.

152-Stenbacka M, Leifman A. Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up. Drug and alcohol review. 2010;29(1):21-7.

153-Lemaire CM, Graham D. Factors associated with suicidal ideation in OEF/OIF veterans. Journal of Affective Disorders. 2011;130(2):231-8.

154-Shawna L, Carroll C, Wu L. Suicide and substance use among female veterans:A need for research.Drug and Alcohol Dependence. 2014;136:110.

155-Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry, 1999; 156 :181–9.

156-Deisenhammer EA. Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behaviour. Acta Psychiatr Scand, 2003;108: 402–9.

157-Morselli E, 1881. Suicide: An Essay on Comparative Statistics. Kegan Paul, London original work, Il Suicidio, published in Milan, 1879.

158-Durkheim E, 1897. Le Suicide. The Free Press, New York, 1951.

159-Cerbus G. Seasonal variation in some mental health statistics: suicides, homicides, psychiatric admission, and institutional placement of the retarded. *J Clin Psychol*, 1970; 26: 61.

160-Preti A. The influence of seasonal change on suicidal behaviour in Italy. *J Affect Disord*, 1997; 44: 123–30.

161-Jones PK, Jones SL. Lunar association with suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 1977; 7: 31–9.

162-Preti A, Miotto P. Seasonal in suicides: the influence of suicide method, gender and age on suicide distribution in Italy. *Psychiatry Res*, 1998; 81: 219–31.

163-Flisher AJ, Parry CDH, Bradshaw D, Juritz JM. Seasonal variation of suicide in South Africa. *Psychiatry Res*, 1997; 66: 13–22.

164-Moradi S, Khademi A. Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the World rates. *Sci J Forensic Med* 2002; 8(27): 16-21.

165-Shamsi khani, Rahgoo A, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Effects of problem solving training on coping skills of suicidal clients. *IJNR* 2007; 1(3): 31-9. [In Persian].

166-Mousavi F, Shahmohammadi D, Kaffashi A. Epidemiological Survey of Suicide In Rural Areas. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)* 2000; 5(20): 4-10. [In Persian].

167-Hashemi Mohammad Abad N, London M. Psychiatric practice in Iran and the UK. The Psychiatrist 2003; 27: 190-1.

168-Taziki MH, Semnani Sh, Golalipour MJ, Behnampour N, Taziki SA, Rajaei S, et al. Epidemiological survey of suicide in golestan province in the north of iran (2003). Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2012; 16(55): 72-7 . [In Persian].

169-Saberi-Zafaghendi MB, Hajebi A, Eskandarieh S, Ahmadzad-Asl M. Epidemiology of suicide and attempted suicide derived from the health system database in the Islamic Republic of Iran: 2001-2007. East Mediterr Health J. 2012 Aug;18(8):836-41.

170-Heidari Pahlavian A. The Study of Psychosocial Factors And Epidemiological Characteristics Of The People Who Attempted Suicide In Hamadan. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar) 1997; 3(9-10): 19-31. [In Persian].

171-Molavi P, Abasi Ranjbar V, Mohammad nia H. Assessment of suicide risk factors among attempted suicide in Ardebil within first half of 1382 .J Rehab 2007; 8(28): 67-71. [In Persian].

172-Ghaleiha A, Khazaei M, Afzali S, Matinnia N, Karimi B. An Annual Survey of Successful Suicide Incidence in Hamadan, western Iran. Res Health Sci 2009; 9(1): 13-6.

173-Afzali S, Rashidi P. A one-year study of mortality due to drug and chemical poisoning in sina hospital of hamadan. Scientific Journal of Hamedan University of Medical Sciences and Health Services 2002; 10(3): 62-6. [In Persian].

۱۷۴- یوسفی هادی، سبحانی قاسم، نوقایی فریبا. تعیین عوامل موثر احتمالی در اقدام به خودکشی در مراجعه کنندگان به اورژانس بیمارستان شهید محمدی. مجله پزشکی هرمزگان. ۱۳۸۱، سال ۶۶ شماره ۲.

۱۷۵- جباری فرد فریبرز، قاری عباس. اپیدمیولوژی خودکشی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان لردگان. مجله علوم پزشکی شهرکرد. ۱۳۹۲، دوره ۱۵ شماره ۶، ۸۶-۷۵.

۱۷۶- خواجه ابراهیم، حسین پور محمود، صدیق بیتا. سیمای خودکشی در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۰. مجله پزشکی هرمزگان. ۱۳۹۲، سال ۱۷ شماره ۱، ۶۱-۶۷.

۱۷۷- کرمی غلامرضا، امیری ماندانا، عاملی جواد. بررسی اقدام به خودکشی در بستری شده گان بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه الله. مجله طب نظامی. ۱۳۸۴، سال ۷ شماره ۴، ۳۰۵-۳۱۲.

۱۷۸- نظر زاده میلاد، بیدل زینب، ایوبی عرفان. تعیین عوامل مرتبط با انگیزه خودکشی در ایران: مطالعه مرور منظم و متاآنالیز. مجله حکیم. ۱۳۹۱، سال ۱۵ شماره ۴، ۳۵۲-۳۶۳.

179-Najafi f, Hasanzadeh j, Moradinazar m. An epidemiological survey of the suicide incidence trend in the southwest: 2004-2009. Health policy and management. 2013; 1(3): 219-222.

180-Ghafarian s, Hosseini m, Zaladi m. Suicide in the iran: an integrated analysis from 1981 to 2007. Journal of sahiate shargh. 2010; 7(12).

181-Kashani P, Yousefian S, Amini A, Heidari K, Younesian S, Hatamabadi HR. Effect of Intravenous Ketamine in Suicidal Ideation in Emergency Department Patients. Emergency. 2014;2(1):36-9.

۱۸۲. فقیهی فرشته، جعفری ناهید، ساری علی اکبری، نجات سحرناز، حسین زاده میلانی. بررسی و تحلیل میزان و علل مرگ و میر در طی پنج سال در استان قزوین. مجله پزشکی قانونی ایران؛ دوره ۲۱، شماره ۱: صفحات ۳۵-۴۲.

183-Kaplan, B.J, Sadock.V.A. Synapsis of psychiatry. (10thed), Lippin cott Williams Wilkins; 2007 .p. 123-126.

184-Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Cheok F. Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. Med J Aust 2001;175(10):546-9.

185-Pirkis JE, Burgess PM, Meadows GN, et al. Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. Med J Aust 2001; 175 (10): 542- 5.

186-Hyde, J.D.PS. Suicide Prevention: Top Priority for SAMHSA and the Nation.[Internet].[March/April2011].Availablefrom.http://www.samhsa.gov/samhsaNewsletter/Volume_19_Number_2/SuicidePrevention.aspx

- 187-Rezaeian M,Daneshkohan A,Sharifirad G,Jahani.Suicide Epidemiological Pattern within Ilam Province,Iran .J HSR.2011;7:819-27
- 188-Hossini SH,Toroski M,Asadi R,B,Alavinia SM,khakshor A.Trend of attempted suicide and its related factors in bojnord city 2006-2011.Journal of North Khorasan University of Medical Sciences,2012;4:552.
- 189-Ghaedi H,Mohammadi Baghmollaei M, Hashemi SM,Saniei F,Hosseini Y, Jabbaenejad A.Epidemiological Study of Suicide Attempt in Dashtestan Region in 2004.Dena,Quarterly J of Yasuj Faculty of Nursing and Midwife, 2007;3: 53-60.
- 190-Salarilak SH, Entezarmahdi MR, Afshni MT, Abbasi M. A survey of rate and effective factors on occurrence of suicide during one year in west –azarbaijan .Urmia Med J, 2006 ;17: 93-100.
- 191-Saberi-Zafarghandi MB, Ghorbani R, Mousavi SH.Epidemiologic study on suicide attempt in affiliated hospital of Semnan university of medical sciences.Koomesh,2005;6: 311-18.
- 192-World Health Organization.SuicidePrevention(SUPRE)[Online]. 2005;Availablefrom:URL:www.who.int/mentalhealth/prevention/suicide/suicide_prevent/en/suicide_and_attempted_suicide-China,1990-2002.MMWR Morb Moral Wkly Rep, 2004 ;53 :481-4.

193-Rezaeian M, Sharifirad GR, Foroutani MR, Moazam N. Recognition of some of the risk factors for suicide and attempted suicide within Ilam province and their direction of function. Res Health sys 2010; 6:24-9.

194-International Association Of Suicide Prevention.IASP guidelines for suicideprevention[online].2000;Availablefrom:URL:www.iasp.info/suicide_guidelines .php;suicide/

195-Amiri B, Pourreza A, Rahimi Foroushani A, Hosseini SM, Poorolajal J. Suicide and associated risk factors in hamadan province, west of iran, in 2008 and 2009. J Res Health Sci 2012;12:88-92.

196-Rezaeian M, Sharifirad GR, Foroutani MR, Moazam N. Recognition of some of the risk factors for suicide and attempted suicide within Ilam province and their direction of function. Res Health sys 2010; 6:24-9.

197-Janghorbani M, Sharifirad GH. [Completed and attempted suicide in ilam, iran (1995-2002): incidence and associated factors]. Arch Iranian Med 2005;8: 119-26.(Persian)

198-Mousavi F, Shah Mohammadi D, Kaffashi A. [Epidemiological survey of suicide in rural areas]. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2000;20:10-4.(Persian)

199-Shirzad J, Gharedaghi J. Study of methods and causes of Suicides resulting in death referred to Legal Medicine Organization of IRAN in first six month of 2004. SJFM, 2007;13(3):163-70.

200-H.Zare , M Nazer , AR Sayyadi. Frequency of mental disorders and factors related to suicide in patients referring to emergency ward of ali ebne abitaleb hospital of rafsanjan in 2007. J Rafsanjan Med Sch 2011; 9(3): 227-238. [Persian]

201-Rafiei M, Seyfi A. The epidemiologic study of suicide attempt referred to hospitals of University of Medical Sciences in Markazi-Province from 2002 to 2006. Iran J Public Health, 2009; 4: 59-69.

202- Howton k, Houston k, shepperd R. Suicide in young people. British journal of psychiatry, 1999; 17(5):271-276.

203-Kaplan H, Sadocks B. Comperhensive Textbook of Psychatry, Lippincott Williams & Wilkins 2008, 9th Ed, (2 Volume-set):pp 430-46

204-Pajoumand A, Talaie H, Mahdavinejad A, Birang S, Zarei M, Mehregan FF, Mostafazadeh B. Suicide Epidemiology and Characteristics among Young Iranians at Poison Ward, Loghman-Hakim Hospital (1997–2007). Arch Iran Med. 2012; 15(4): 210—213

205-Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Soori H, Sayehmiri K. Factors Related to Suicide Attempt in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. Hakim Research Journal 2013; 15(4): 352- 363.

۲۰۶- خزایی سلمان، کرمی منوچهر، سهیلی زاد مختار، سهراب نژاد علی. عوامل تعیین کننده خودکشی موفق: یک مطالعه مقطعی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام؛ دوره بیست و یکم، شماره شش: صفحات ۲۴۷-۲۴۰.

- 207-Khazaei H, Parvizi-Fard AA. [Demographic characteristics and mental state evaluation of attempted suicide victims in Tabriz in 2001]. Behbood 2003;18: 4251.
- 208-Farzaneh E, Mehrpour O, Alfred S, Moghaddam HH, Behnoush B, Seghatoleslam T. Self-poisoning suicide attempts among students in Tehran, Iran. Psychiatr Danub 2010; 22(1):34-8.
- 209-Rezaeiadryani M, Azadi A, Ahmadi F, Vahedian A. Preparation of depression, anxiety, stress and quality of life in dormitory .Journal of Nursing Research. 2006; 2(4, 5):31-38.
- 210-Abazeri F, Abbaszadeh A, Arab M, Rashidinejad M. Stressors in nursing university in Rasht, Mashhad, Shiraz. Journal of Medical Sciences of Yazd University. 2002; 10(3):91-104.
- 211-Hayati F, Mahmoodi M. Coping to stress in women with breast cancer referred to hospitals dependent to Tehran Medical Sciences University. Breast Diseases in Iran. 2008; 1(2):38-43
- 212-Rezaeian M. Epidemiology of Suicide: Mental health. Chapter12. In: Hatami H, Razavi M, Eftekhar H, Majlesi F. Comprehensive of public health. 2nd Ed. Vol: 3. Tehran: Arjomand publisher. 2006. [Persian].
- 213-Ahmadi J, Toobaee S, Alishahi M. Depression in nursing students. J Clin Nurs 2004;13(1):124.

214-Vasegh S, Mohammadi MR. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *Int J Psychiatry Med* 2007;37(2):213-27.

215-Surgeon General's call to action on suicide stresses strategies for prevention. *Psychiatr Serv* 1999;50(9):1244-5.

216-Levene I, Parker M. Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. *J Med Ethics* 2011;37(4).

217-Ministry of Health and Medical Education, Health Deputy. Burden of Diseases and Injuries, Burden of Risk Factors, and Health-Adjusted Life Expectancy in I. R. Iran for Year 2003 at National Level and for Six Provinces. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2007.

218-Nazari R, Beheshti Z, Arzani A. Stressors in clinical education in Amole nursing university. *Journal of medical sciences university of Babol*. 2007; 9(2):45-50.

219-Haghighatgou H, Peterson C. Coping and depressive symptoms among Iranian students. *J Soc Psychol* 1995;135(2):175-80.

220-Gunnell D, Lopatzidis A, Dorling D, Wehner H, Southall H, Frankel S. Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *Br J Psychiatry* 1999, 175:263-270.

221-Valuck RJ, Orton HD, Libby AM. Antidepressant discontinuation and risk of suicide attempt: a retrospective, nested case-control study. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(8):1069-77.

222-Huan M, Hamazaki K, Sun Y, Itomura M, Liu H, Kang W, et al. Suicide attempt and n-3 fatty acid levels in red blood cells: a case control study in China. *Biol Psychiatry* 2004; 56(7):490-6.

223-Cui S, Yang R, He F, Zheng Y. Case-control analysis and follow-up study on risk factors of suicide attempt in a rural population in Shandong Province. *Wei Sheng Yan Jiu* 2003; 32(6):562-4.

224-Esfandiyari Gh. [Suicide risk factors: A review in pervious studies]. *J Nurs Midwifery Shaheed Beheshti Univ Med Sci* 2002; 37:24-9.

225-Hawton K, Heeringen KV. The international Handbook of suicide attempted suicide. USA, New York: John Wiley sons LTD; 2000.

226-Cheong K-S, Choi M-H, Cho B-M, Yoon T-H, Kim C-H, Kim Y-M, et al. Suicide Rate Differences by Sex, Age, and Urbanicity, and Related Regional Factors in Korea. *J Prevent Med Public Health* 2012; 45:70-7.

227-Styka AN, White DS, Zumwalt RE, Lathrop SL. Trends in adult suicides in New Mexico: utilizing data from the New Mexico violent death reporting system. *J Forensic Sci* 2010; 55:93-9.

228-Santic Z, Ostojic L, Hrabac B, Prlic J, Beslic J. Suicide frequency in West-Herzegovina Canton for the period 1984-2008. Med Arh 2010;64:168-70.

۲۲۹-شاکری ابوالحسن، جعفری زاده فتاح، زارع نژاد محمد. اپیدمیولوژی خودکشی‌های موفق در استان فارس، ۹۰-۱۳۸۶. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ دوره ۱۰، شماره ۱: صفحات ۵۴-.

230-Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A & et al. Suicide prevention strategies – a systematic review. JAMA, 2005; 294: 2064–74.

231-Rezaeian M, Sharifi G. Seasonal pattern of suicide and attempted suicide in Ilam province during 1995-2002. Sci J Ilam Med Uni, 2008; 16: 51-7.

232-Rezaeian M, Sharifirad GR, Foroutani MR, Moazam N. Recognition of some of the risk factors for suicide and attempted suicide within Ilam province and their direction of function. Res Health sys 2010; 6:24-9.

233-Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry. Philadelphia: Williams and Wilkins Publication; 2005.

234-Hirsch JK, Conner KR. Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation. Suicide Life Threatening Behavior 2006;36: 661-9.

235-Pettit JW, Joiner TW. Cognitive vulnerability to suicide. In L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), Cognitive vulnerability to emotional disorders. Mahwah, NJ: Erlbaum. 2006(125–154).

236-Abramson LY, Alloy LB, Hogan ME, Whitehouse WG, Gibb BE. The hopelessness theory of suicidality. In T. E. Joiner & M. D. Rudd Suicidescience: Expanding the boundaries Boston: Kluwer. 2000.

237-Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI–II, Beck Depression Inventory: Manual (2nd ed.). Boston: Harcourt Brace. 1999.

238-Reinecke MA. Problem–solving: A conceptual approach to suicidality and psychotherapy. In T. E. Ellis(Ed). Cognition and suicide: Theory, research, andtherapy Washington, DC: American Psychological Association. 2006:237-60.

239-Linehana M, Rizvi L. Psychiatric aspects of suicidal behavior: Personality disorders. In: Hawton K, Heeringen K, editors. The international handbook of suicide and attempted suicide. New Jersey: John Wiley and Sons; 2000.

240-Ennis J, Fathi-Ashtiani A, Soltaninejad A, Amiri M. Prevalence of suicidal thoughts and associated factors among the soldiers. Mil Med J. 2006;2:7-11. [Persian]

241-Mustafa-Zade B, Mesry M, Farzane I. The role of effective factor in suicide. Beheshti Univ Res J. 2010;2:111-6.

242-Hawton K, van HK. Suicide. Lancet 2009; 373(9672): 1372-81.

243-Gururaja G. Suicide Prevention: Emerging from Darkness. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South EastAsia; 2001.